

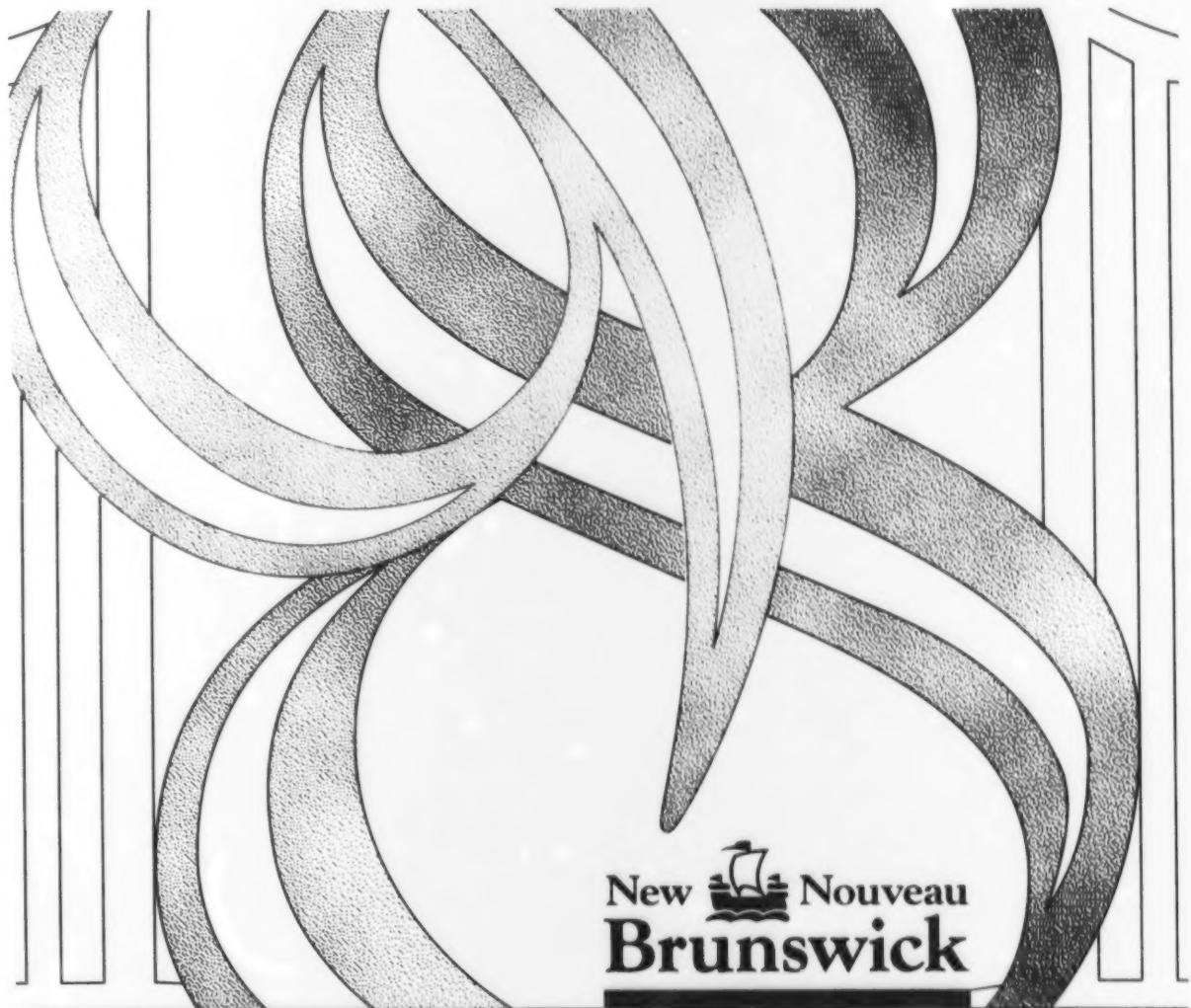
98-99

Annual Report

**Health and
Community Services**

Rapport annuel

**Santé et Services
communautaires**



1998-99 Annual Report

Published by:

Department of Health and Community Services
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

October, 1999

Cover:

Communications New Brunswick

Typesetting:

Department of Health and Community Services

Printing and Binding:

Department of Supply and Services

ISBN: 1-55236-459-3
ISSN: 0838-3693

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 1998-1999

Publié par :

Le ministère de la Santé et des Services communautaires
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Octobre 1999

Couverture :

Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page :

Santé et Services communautaires

Impression et reliure :

Approvisionnement et Services

ISBN : 1-55236-459-3
ISSN : 0838-3693

Imprimé au Nouveau-Brunswick

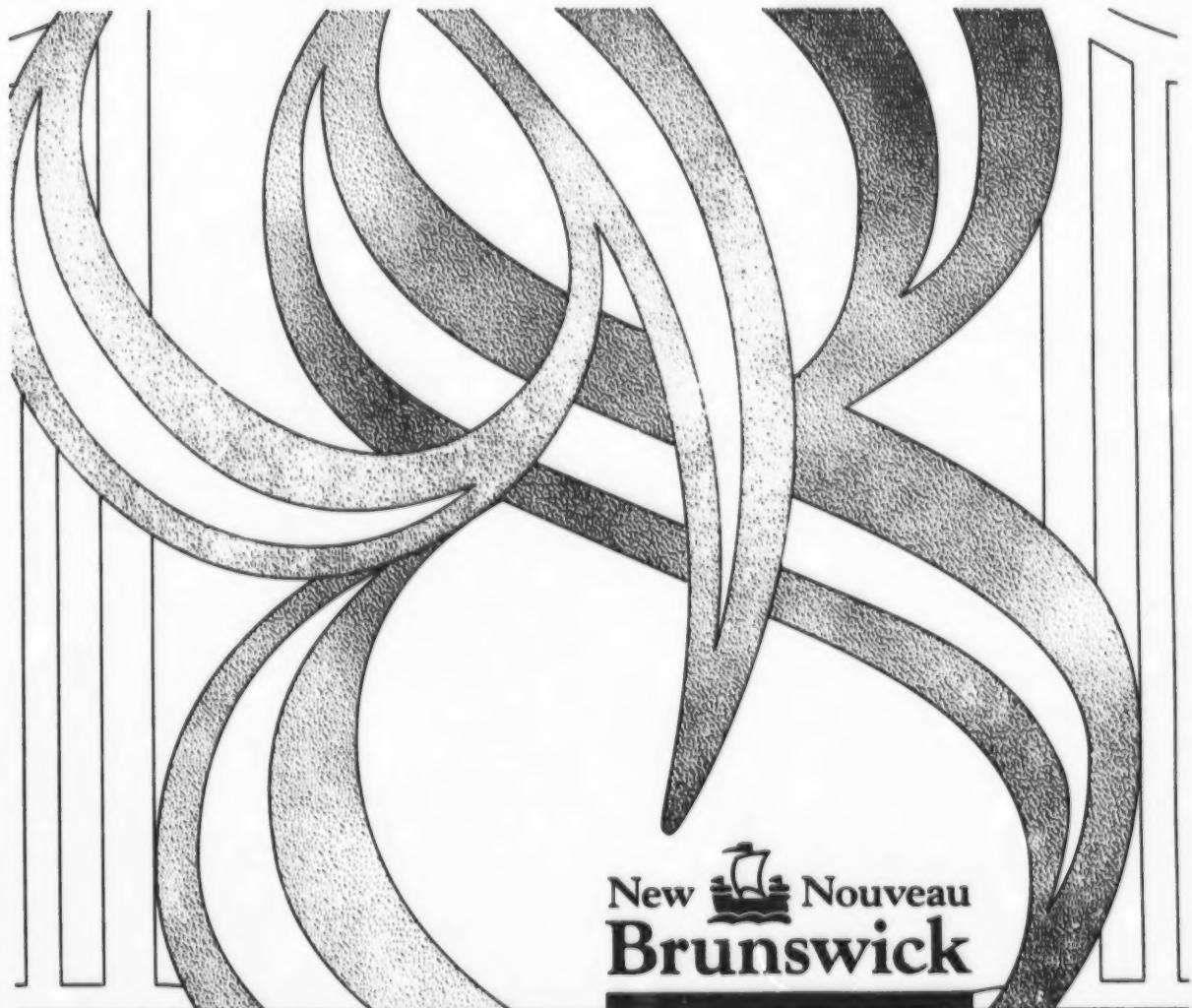
98-99

Annual Report

**Health and
Community Services**

Rapport annuel

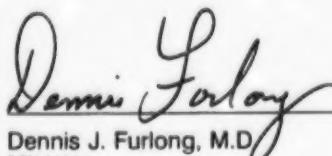
**Santé et Services
communautaires**



The Honourable Marilyn Trenholme Counsell
Lieutenant-Governor of the Province of
New Brunswick

Madam:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health and Community Services for the fiscal year ending March 31, 1999.



Dennis J. Furlong, M.D.
Minister

The Honourable Dennis J. Furlong, M.D.
Minister of Health and Community Services
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health and Community Services for the fiscal year ending March 31, 1999.



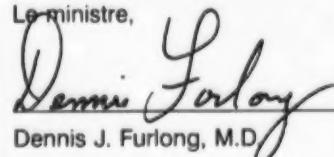
Paul M. LeBreton
Deputy Minister

L'honorable Marilyn Trenholme Counsell
Lieutenante-gouverneure
du Nouveau-Brunswick

Madame,

Permettez-moi de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires pour l'année financière terminée le 31 mars 1999.

Le ministre,



Dennis J. Furlong, M.D.

L'honorable Dennis J. Furlong, M.D.
Ministre de la Santé et des Services communautaires
du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

C'est avec respect que je vous présente le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires pour l'année financière terminée le 31 mars 1999.

Le sous-ministre,



Paul M. LeBreton



TABLE OF CONTENTS

Foreword.....	5
Corporate Plan.....	6
Organizational Chart.....	8
 Core Business Area:	
Protection of Those Most At Risk.....	11
Access/Assessment.....	11
Protection Program.....	11
• Adult Protection.....	11
• Child Protection.....	11
• Family Violence.....	13
Acute and Short Term Mental Health Services.....	14
Youth Treatment.....	14
Patient Advocate Services.....	15
Prescription Drug Program.....	15
 Core Business Area:	
Prevention/Education/Awareness.....	18
Early Childhood Initiatives.....	18
Adoption Services.....	21
Support Services to Education.....	21
Community Placement.....	22
Child and Adolescent Mental Health Services.....	22
Mental Health Prevention/Promotion Initiatives.....	22
Seniors' Services.....	22
Communicable Disease Control.....	23
• Sexually Transmitted Diseases.....	23
• Vaccine Preventable Diseases.....	24
• Water/Food Borne Diseases.....	25
Healthy Lifestyles.....	27
Community Nutrition.....	28
Sexual Health.....	29
Genetic Services.....	30
 Core Business Area: Provision of Care.....	
Medicare.....	31
Ambulance Services.....	32
Construction Services.....	32
Hospital Services.....	33
• Addiction Services.....	36
• Cancer Services.....	36
• Extra-Mural Program.....	38
• Organ Procurement.....	38
• Psychiatric Units in Regional Hospitals.....	39
• Rehabilitation Services Plan.....	39
• Surgical Waiting Lists.....	40
Community Mental Health.....	41
Long Term Care Services.....	41
• Long Term Care Community Services to Seniors and Adults.....	42
• Nursing Homes.....	44
Community Based Services for Children with Special Needs.....	48
 Corporate and Administration Services.....	
Administration and Finance.....	50
Planning and Evaluation.....	52
Program Support.....	54
Communications.....	54
 Financial Overview (Pie Chart).....	
Financial Overview (Itemized Totals).....	55
Financial Overview (Variances).....	56
Legislation.....	58
Socio-Health Regions Map.....	59
Performance Indicators.....	61
	63

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	5
Plan ministériel.....	7
Organigramme.....	9
 Secteur d'activité principal :	
protection des personnes les plus à risque.....	11
Accueil et évaluation.....	11
Programme de protection.....	11
• Protection des adultes.....	11
• Protection de l'enfance.....	11
• Violence familiale.....	13
Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale.....	14
Traitement pour les jeunes.....	14
Services du défenseur des bénéficiaires.....	15
Plan de médicaments sur ordonnance.....	15
 Secteur d'activité principal :	
prévention, éducation et sensibilisation.....	18
Initiatives pour la petite enfance.....	18
Services d'adoption.....	21
Services de soutien à l'éducation.....	21
Placements communautaires.....	22
Services de santé mentale aux enfants et aux adolescents.....	22
Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale.....	22
Services aux citoyens aînés.....	22
Contrôle des maladies transmissibles.....	23
• Maladies transmises sexuellement.....	23
• Maladies évitables par la vaccination.....	24
• Maladies d'origine alimentaire et hydrique.....	25
Modes de vie sains.....	27
Nutrition communautaire.....	28
Santé sexuelle.....	29
Services relatifs à la génétique.....	30
 Secteur d'activité principal : prestation de soins.....	
Assurance-maladie.....	31
Services d'ambulance.....	32
Services de construction.....	32
Services hospitaliers.....	33
• Services de traitement des dépendances.....	36
• Services de lutte contre le cancer.....	36
• Programme extra-mural.....	38
• Dons d'organes.....	38
• Unités psychiatriques des hôpitaux régionaux.....	39
• Plan des services de réadaptation.....	39
• Listes d'attente pour une intervention chirurgicale.....	40
Services de santé mentale communautaires.....	41
Soins de longue durée.....	41
• Services communautaires de longue durée aux personnes âgées et aux adultes.....	42
• Foyers de soins.....	44
Services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux.....	48
 Services ministériels et administratifs.....	
Administration et finances.....	50
Planification et évaluation.....	52
Soutien des programmes.....	54
Communications.....	54
 Aperçu financier : diagramme circulaire.....	
Aperçu financier : tableau.....	55
Aperçu financier : écarts.....	57
Cadre législatif.....	58
Carte des régions socio-sanitaires.....	59
Indicateurs de rendement.....	62
	63



FOREWORD

The mission of the Department of Health and Community Services is to work with New Brunwickers in achieving well-being by promoting self-sufficiency and personal responsibility, and providing approved services as required. The citizens of the province are the focus of all programs and services. The impact of these programs and services on New Brunwickers, their families and communities is of critical importance. The department monitors and evaluates its policies, programs and services, and develops and reports on performance indicators and targets.*

The annual report of the Department of Health and Community Services outlines the programs, services and activities of the department. Information is provided under the three core business areas:

- Protection of Those Most At Risk
- Prevention/Education/Awareness
- Provision of Care

AVANT-PROPOS

La mission du ministère de la Santé et des Services communautaires est de travailler avec les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises pour atteindre le bien-être en encourageant l'autonomie et la responsabilité envers soi-même et en fournissant au besoin les services approuvés. Tous les programmes et services s'adressent à la population de la province. Les répercussions de ces programmes et services sur les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises, sur leurs familles et sur les collectivités sont d'une importance cruciale. Le ministère surveille et évalue ses politiques, ses programmes et ses services et il établit des indicateurs et des cibles de rendement* au sujet desquels il fait rapport.

Le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires donne un aperçu des programmes, des services et des activités du ministère. L'information est présentée sous trois principaux secteurs d'activités :

- Protection des personnes les plus à risque
- Prévention, éducation et sensibilisation
- Prestation de soins

*See page 63 (Performance Indicators)

* Voir page 63 (indicateurs de rendement)

Corporate Plan

Health and Community Services

Our Vision

The Department of Health and Community Services is committed to the well-being of New Brunswickers.

Our Mission

From this vision emerges the following mission:

To work with New Brunswickers in achieving well-being:

- by promoting self-sufficiency and personal responsibility;
- by providing approved services as required.

Our Principles

To be fulfilled, the mission implies adherence to eight principles.

The department will:

- provide services consistent with available resources;
- be efficient and effective in fulfilling its mission;
- provide services which are appropriate to need;
- implement selective programming;
- provide programs on an equitable basis;
- adopt a provincial planning framework with decentralized delivery;
- provide a coordinated approach to planning, design and delivery of programs and services; and
- be results oriented.

Our Goals/Directions

The department is working towards five key goals/directions.

- Increase the number of years individual residents of New Brunswick live free of major illness, disability and handicap.
- Increase emphasis on promotion of well-being and prevention of social dysfunctioning.
- Assist individuals and families to achieve and maintain well-being.
- Promote the achievement and maintenance of a healthy physical and social environment.
- Provide equitable, affordable and appropriate health and community services for the citizens of New Brunswick.

Our Values

Acknowledging the importance of its mission, the department espouses the following values.

We Value:

- the effective performance and competence of employees as the department's most important asset;
- an environment which challenges and rewards employees to enable them to function most effectively; they must feel part of a team, be active participants and receive recognition for their efforts;
- leadership by managers who have a commitment to the current and future well-being of New Brunswickers;
- managers with an open and responsive style who encourage direct two-way communication;
- loyalty to the department's mission, vision, goals/directions and objectives to facilitate their realization;
- treating the individual with dignity as fundamental to all departmental activities and interactions;
- responsibility and accountability as central to the functioning and management of the department.

Plan ministériel

Santé et Services communautaires

Notre vision

*Le ministère de la Santé et des Services communautaires
s'engage à favoriser le bien-être de tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.*

Notre mission

À partir de cette vision émerge la mission du ministère :

Collaborer au bien-être des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises en :

- encourageant l'autonomie et la responsabilité envers soi-même;
- fournissant au besoin les services approuvés.

Nos principes

L'atteinte des objectifs de la mission suppose le respect de huit principes de base.

Le ministère doit :

- fournir des services en fonction des ressources disponibles;
- remplir sa mission de manière efficiente et efficace;
- fournir des services répondant aux besoins;
- adopter une programmation sélective;
- fournir des programmes sur une base équitable;
- adopter un cadre de planification à l'échelle provinciale et une prestation de services décentralisés;
- adopter une approche coordonnée en matière de planification, d'élaboration et de prestation des programmes et des services; et
- adopter une approche orientée vers l'obtention de résultats.

Nos buts/directions

Le ministère poursuit cinq buts/directions principaux :

- Accroître le nombre d'années pendant lesquelles les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises vivent sans maladie grave, handicap ou infirmité.
- Accroître l'accent mis sur la promotion du bien-être et la prévention de dysfonctions sociales.
- Aider les personnes et les familles à atteindre et à conserver un bien-être maximum.
- Promouvoir l'atteinte et le maintien d'un environnement physique et social sain.
- Offrir des services de santé et communautaires équitables, abordables et pertinents à la population néo-brunswickoise.

Nos valeurs

Conscient de l'importance de sa mission, le ministère a fait siennes les valeurs suivantes.

Nous privilégions :

- la compétence et le rendement efficace du personnel comme étant l'atout le plus important du ministère;
- un environnement qui stimule et récompense les efforts du personnel afin d'assurer un rendement optimal; les employés doivent avoir le sentiment d'être des membres à part entière d'une équipe et voir leurs efforts soulignés;
- le leadership de gestionnaires qui ont à cœur le bien-être actuel et futur des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises;
- des gestionnaires ayant un esprit ouvert qui encouragent une communication directe et bilatérale;
- la loyauté envers la mission, les buts/directions et les objectifs du ministère afin d'en faciliter la réalisation;
- le traitement avec dignité de l'individu comme étant fondamental à toutes les activités et interactions du ministère;
- la responsabilité et l'imputabilité comme éléments essentiels du fonctionnement et de la gestion du ministère.

**Department of
Health & Community Services
Organizational Chart 1998-99**

**Minister of
State for Seniors
Hon. Reginald McDonald**

**Minister
Hon. Ann Breault**

**Deputy Minister
Paul M. LeBreton**

**Communications
Charlene Gaudet-Sleep**

**Family & Community
Social Services
Division
Bernard Paulin**

**Institutional Services
Division
Jean Castonguay**

**Public Health &
Medical Services
Division
John Dicaire**

**Mental Health
Services Division
Ken Ross**

**Planning & Evaluation
Division
Pauline
Desrosiers-Hickey**

**Administration &
Finance Division
James Carter**

**Executive Director
Robert Steele**

**Hospital Services
Ken McGeorge**

**Chief Medical
Officer of Health
Dr. Denis Allard**

**Executive Director
Claude Allard**

**Strategic Planning
Joanne Fletcher**

**Financial Services
Ron Durelle**

**Office for Family and
Prevention Services
Edith Doucet**

**Nursing Home
Services
Étienne Thériault**

**Public Health
Management
Services
William Leonard**

**Quality Management
and Executive
Support
Paul Thébeau**

**Program Analysis &
Evaluation
John Boyne/A**

**Human Resources
Marc Léger**

**Access/Assessment
Protection and
Post Adoption
Claude Daigle/A**

**Ambulance Services
Andrew Easton**

**Medicare/
Prescription Drug
Program
Fay MacKie**

**Long Term Services
Vacant**

**Federal-Provincial
Relations
Lynn St-Pierre-Ellis**

**Information Systems
David
Cowperthwaite**

**Executive and
Program Support
Joy Haines-Bacon**

**Program Support
Services
Steve Chase**

**Provincial
Epidemiology
Service/Provincial
Epidemiologist
Dr. Chris Balram**

**Child and Adolescent
Services
Marcella Laaper**

**Legislation
Development
Marilyn Born**

**Construction Services
Gérard LeBlanc**

**Support and
Maintenance
André Lépine**

**Acute Services
Andrée Guy**

**Vital Statistics
Alice Garner**

**Administrative
Support Services
Dave Gibbs**

**Ministère de la Santé
et des Services communautaires
Organigramme 1998-1999**

**Ministre d'État à la
Famille et aux Services
communautaires
Hon. Reginald M^{ce}Donald**

**Ministre
L'hon. Ann Breault**

**Sous-ministre
Paul M. LeBreton**

**Communications
Charlene Gaudet-Sleep**

**Division de la famille
et des services
sociaux
communautaires
Bernard Paulin**

**Division des
services en
établissements
Jean Castonguay**

**Division de la santé
publique et des
services médicaux
John Dicaire**

**Division des services
de santé mentale
Ken Ross**

**Division de la
planification et de
l'évaluation
Pauline
Desrosiers-Hickey**

**Division de
l'administration et
des finances
James Carter**

**Directeur général
Robert Steele**

**Services hospitaliers
Ken McGeorge**

**Médecin-hygiéniste
en chef
D^r Denis Allard**

**Directeur général
Claude Allard**

**Planification
stratégique
Joanne Fletcher**

**Services financiers
Ron Durelle**

**Bureau pour la
famille et Services de
prévention
Edith Doucet**

**Services des foyers
de soins
Étienne Thériault**

**Gestion des services
de la santé publique
William Leonard**

**Gestion de la qualité
et soutien exécutif
Paul Thébeau**

**Analyse et évaluation
des programmes
John Boyne/Intérim**

**Ressources humaines
Marc Léger**

**Accès, évaluation,
protection et post-
adoption
Claude Daigle/
intérim**

**Services d'ambulance
Andrew Easton**

**Assurance-maladie/
Plan de médicaments
sur ordonnance
Fay MacKie**

**Services de longue
durée
vacant**

**Relations fédérales-
 provinciales
Lynn St-Pierre-Ellis**

**Systèmes
d'information
David
Cowperthwaite**

**Soutien exécutif
et des programmes
Joy Haines-Bacon**

**Unité de soutien
des programmes
Steve Chase**

**Service provincial
d'épidémiologie/
Épidémiologiste
provincial
D^r Chris Bairam**

**Programmes enfants
et adolescents
Marcelia Laaper**

**Étude de la
législation
Marilyn Born**

**Services de
construction
Gérard LeBlanc**

**Maintien
et soutien
André Lépine**

**Services aigus
Andrée Guy**

**Statistiques de l'état
civil
Alice Garner**

**Services de soutien
administratif
Dave Gibbs**

CORE BUSINESS AREA: **(1) PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK**

The Department of Health and Community Services provides a range of programs and services to protect New Brunswick's most vulnerable citizens. Both emergency and short-term assistance is provided to individuals and families.

Access/Assessment

Access to appropriate family and community social services is determined by eligibility assessment. 20,291 assessments were performed in 1998-99. This includes assessments done for Human Resources Development - New Brunswick to determine if youths ages 16 to 18 cannot live at home (1,349), and responses to requests for information on community social services (2,120 requests). This does not include the 14,456 calls processed through After Hours Emergency Social Services.

Under the department's Access and Assessment program, post-adoption services are provided for those seeking information about birth relatives or adoptees. In 1998-99, the department responded to 878 requests for service from 704 adoptees, adoptive parents and birth relatives. One person can ask for more than one service.

The department also provides decision support services to unmarried parents, the average number of active cases per month being eight in 1998-99.

Protection Program

Adult Protection

Adult protection services may be provided to seniors and adults with disabilities who are victims of abuse and/or neglect when such services are not accepted voluntarily. There were 566 applications for services in 1998-99, with a monthly average of 74 active cases.

Child Protection

After an individual has been assessed, appropriate protection services are made available. For any child under 16, and any disabled child under 19, who is determined to be physically and/or emotionally abused and/or neglected, services may be provided if at-home care is deemed to place them in jeopardy (in keeping with the *Family Services Act*).

In 1998-99, there were 7,361 requests for service, and an average of 1,616 active child protection cases per month.

In fiscal 1998-99, 74.5% of the child protection cases closed had been open less than two years. This

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : 1) PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Le ministère de la Santé et des Services communautaires offre une vaste gamme de programmes et de services visant à protéger les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises les plus vulnérables. Il fournit de l'aide d'urgence et de courte durée aux personnes et aux familles.

Accueil et évaluation

L'accès à des services à la famille et à des services sociaux communautaires adéquats est déterminé par une évaluation de l'admissibilité. En 1998-1999, le ministère a procédé à 20 291 évaluations, y compris 1 349 évaluations effectuées pour le compte du ministère du Développement des ressources humaines du Nouveau-Brunswick pour déterminer, dans le cas de jeunes âgés de 16 à 18 ans, si ces jeunes ne peuvent effectivement pas vivre dans leur domicile familial, et 2 120 réponses à des demandes de renseignements relatives aux services sociaux communautaires. Ces chiffres ne comprennent pas les quelque 14 456 appels traités par les services d'urgence après les heures normales de travail.

Dans le cadre du Programme d'accueil et d'évaluation du ministère, des services de post-adoption sont fournis aux personnes qui demandent des renseignements sur des parents biologiques ou des personnes adoptées. En 1998-1999, le ministère a répondu à 878 demandes de service provenant de 704 personnes adoptées, parents adoptifs et personnes apparentées par le sang. Une même personne peut demander plus d'un service.

Le ministère fournit également des services d'aide à la décision aux parents non mariés, dont le nombre moyen de cas actifs était de huit par mois en 1998-1999.

Programme de protection

Protection des adultes

Le ministère peut offrir des services de protection aux personnes âgées et aux adultes ayant une incapacité qui sont victimes de mauvais traitements ou de négligence, même lorsque ces personnes n'acceptent pas volontairement ces services. Il y a eu 566 demandes de service en 1998-1999, avec une moyenne mensuelle de 74 cas actifs.

Protection de l'enfance

Après l'évaluation de la personne, des services de protection adéquats lui sont offerts. Des services peuvent être fournis à tout enfant de moins de 16 ans et à tout enfant de moins de 19 ans ayant une incapacité dont il est déterminé qu'il est victime de sévices, de mauvais traitements affectifs ou de négligence, lorsque son maintien dans le domicile familial l'exposerait à un risque (conformément à la *Loi sur les services à la famille*).

En 1998-1999, il y a eu 7 361 demandes de service et une moyenne de 1 616 cas actifs de protection de l'enfance par mois.

Au cours de l'année financière 1998-1999, 74,5 % des cas de protection de l'enfance qui ont été fermés étaient ouverts depuis moins de deux ans, comparativement à 74,4 % en 1997-

Average Monthly Statistics on Child Protection Activity 1998-99/

Statistiques mensuelles moyennes sur les services de protection de l'enfance 1998-1999

Average # of referrals / Nombre moyen de cas dirigés.....	613
Average # of newly opened cases / Nombre moyen de cas nouveaux.....	49
Average # of reopened cases / Nombre moyen de cas rouverts.....	24
Average # of closed cases / Nombre moyen de cas fermés.....	72
Average # of active cases / Nombre moyen de cas actifs.....	1,616

compares with 74.4% in 1997-98 and 74.9% in 1996-97. Of the cases closed in 1997-98, 14.1% were reopened within one year, compared to 15.8 % in 1996-97.

Also included in the Protection Program are services provided to children in care under the guardianship and custody of the Minister of Health and Community Services, and young offenders in open custody. In 1998-99, an average of 731 children were in guardianship care each month, and an average of 413 children were in temporary care each month. The Looking after Children Assessment Tool, which assesses developmental needs in seven dimensions of the child's life and wellbeing, continued to be piloted. The plan is to implement this tool with all the children who are in the permanent care of the Minister.

There were 204 requests for residential/support services for young offenders in open custody, with a monthly average of 96 active cases.

In March 1998, the Child Death Review Committee was established to examine the deaths of all children under 19 years of age who were in the legal care of the Department of Health and Community Services at the time of their deaths, or who were known to the child protection system in the 12 months prior to their deaths.

The Committee presented its first report on the death of Jacqueline Dawn Brewer in July 1998. This report identified 14 recommendations.

In September 1998, the department responded to the Committee's recommendations and in October, the Child Welfare Project was launched to address the issues/challenges raised in the Child Death Review Committee's report.

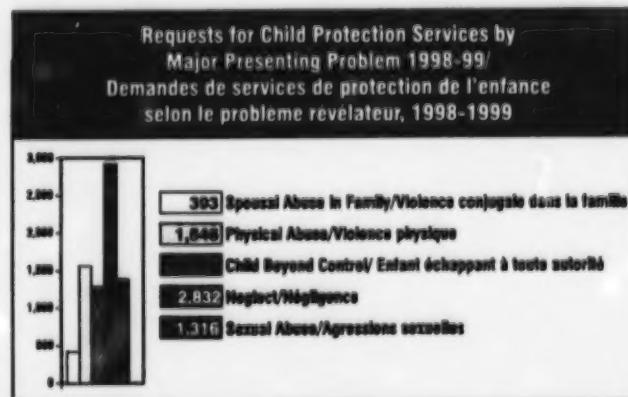
1998 et à 74,9 % en 1996-1997. Parmi les cas fermés en 1997-1998, 14,1 % ont été rouverts dans l'année qui a suivi, comparativement à 15,8 % en 1996-1997.

Les services offerts aux enfants pris en charge confiés à la tutelle ou à la garde du ministre de la Santé et des Services communautaires ainsi que les services aux jeunes contrevenants placés en établissement de garde en milieu ouvert font également partie du Programme de protection. Chaque mois en 1998-1999, une moyenne de 731 enfants ont été pris en charge en vertu d'une entente de tutelle et une moyenne de 413 enfants ont fait l'objet d'un placement temporaire. L'outil d'évaluation S'occuper des enfants, qui établit les besoins développementaux dans sept dimensions de la vie et du bien-être de l'enfant, demeure en période d'essai. On se propose de mettre cet outil en place auprès de tous les enfants pris en charge de façon permanente par le Ministre.

Il y a eu 204 demandes de services de soutien résidentiels pour des jeunes contrevenants placés en établissement de garde en milieu ouvert, avec une moyenne mensuelle de 96 cas actifs.

Au mois de mars 1998, le Comité d'examen des décès d'enfants a été constitué afin de passer en revue tous les décès d'enfants âgés de moins de 19 ans qui étaient sous la garde légale du ministère de la Santé et des Services communautaires au moment de leur décès, ou qui étaient connus du système de protection de l'enfance dans les 12 mois précédent leur décès.

Le Comité a présenté son premier rapport sur le décès de Jacqueline Dawn Brewer au mois de juillet 1998. Le rapport contenait 14 recommandations.



Au mois de septembre 1998, le ministère a répondu aux recommandations du Comité et au mois d'octobre, le projet en matière de bien-être de l'enfance

a été entrepris afin de traiter des questions et des défis soulevés dans le rapport du comité.

Fifteen teams were formed to work on the following issues:

- **Legislation:** amendments to the *Family Services Act* regarding sharing information and clarification concerning the best interest of the child
- **Working Conditions:** recommendations for improving working conditions of staff in Child Protection Services
- **Standards:** changes to the Child Protection Standards to provide greater clarity in the balance between helping to preserve the family unit while ensuring the best interests and safety of the child
- **Public Health:** defining the role of nursing interventions with families receiving Child Protection Services
- **Mental Health:** improving the availability of mental health assessments for children receiving child protection services
- **Risk Management:** enhancement of the Risk Management System, automation and evaluation of the implementation
- **Audit:** a comprehensive audit of Child Protection Services with an action plan to address its recommendations
- **Training (specific):** learning in areas such as parental capacity, failure to thrive, integrated case planning, and chronic neglect
- **Workload Measurement:** four teams to assess the workload of all front line staff working in all Child Welfare Programs

The following actions, while not recommended in the Child Death Review Committee's report, were added to the Child Welfare Project:

- **Child Welfare Comprehensive Review and Redesign:** to examine all aspects of the child welfare system not being addressed by one of the other 14 teams, and recommend improvements. The Child Welfare System includes Child Protection, Children in Care, Foster Care and Adoption.
- **Child Advocate:** exploring options concerning the role and function of a child/youth advocate service in order to increase positive outcomes for children and youth in New Brunswick.
- **Training (design):** a comprehensive training system which will provide staff with training in core and specialized areas of expertise.

Family Violence

Reducing family violence is an on-going challenge. Family violence is a multi-faceted problem. Its remediation requires cooperation and collaboration across a number of departments.

The Interdepartmental Committee on Family Violence has the mandate to coordinate all government activities related to family violence, ensuring a collaborative

Quinze équipes ont été constituées afin d'aborder les questions suivantes :

- **Législation :** modifications à la *Loi sur les services à la famille* relatives au partage de l'information et à la clarification du meilleur intérêt de l'enfant
- **Conditions de travail :** recommandations visant à améliorer les conditions de travail du personnel des Services de protection de l'enfance
- **Normes :** modifications aux normes de protection de l'enfance afin de clarifier l'équilibre entre l'aide visant la préservation de la cellule familiale tout en assurant la sécurité et le meilleur intérêt de l'enfant
- **Santé publique :** définition du rôle des interventions infirmières auprès des familles recevant des services de protection de l'enfance
- **Santé mentale :** amélioration de la disponibilité des évaluations de santé mentale chez les enfants recevant des services de protection de l'enfance
- **Gestion des risques :** amélioration du système de gestion des risques, de l'automatisation et de l'évaluation de la mise en œuvre
- **Vérification :** vérification complète des services de protection de l'enfance et mise en œuvre d'un plan d'action pour donner suite à ses recommandations
- **Formation (précise) :** apprentissage de sujets tels que la capacité parentale, le retard staturo-pondéral, la planification de cas intégrée et la négligence chronique
- **Mesure de la charge de travail :** quatre équipes pour examiner la charge de travail de tout le personnel de première ligne à l'œuvre dans tous les programmes en matière de bien-être de l'enfance.

Les activités suivantes, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de recommandations dans le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants, ont été ajoutées au projet en matière de bien-être de l'enfance :

- **Étude et refonte globale des services en matière de bien-être de l'enfance :** pour examiner tous les aspects du système de bien-être à l'enfance que n'aborde pas l'une des quatorze autres équipes et recommander des améliorations. Le système de bien-être à l'enfance comprend la protection de l'enfance, les enfants pris en charge, les placements en famille d'accueil et l'adoption.
- **Défense des droits de l'enfant :** exploration d'options sur le rôle et la fonction d'un service de défense des droits des enfants ou des jeunes afin d'accroître les résultats positifs chez les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick.
- **Formation (conception) :** système complet de formation du personnel dans les secteurs d'expertise principaux et spécialisés.

Violence familiale

Réduire l'incidence de la violence familiale constitue un défi permanent pour le gouvernement. Il s'agit d'un problème dont les aspects sont multiples. Y remédier requiert la coopération et la collaboration d'un certain nombre de ministères.

Le Comité interministériel sur la violence familiale a comme mandat de coordonner toutes les activités gouvernementales liées à la violence familiale, afin d'assurer un travail en

approach. During the fiscal year 1998-99, the Committee:

- completed work on the Adult Victims of Abuse protocols for use by staff in six departments;
- began work on an inter-disciplinary, inter-departmental training package on adult abuse;
- continued to further work on a training video for government employees and police officers to support the Child Victims of Abuse Protocols; and,
- provided the third and final year of government funding to the Muriel McQueen Fergusson Foundation for the Community Partnerships family violence awareness project.

collaboration. Au cours de l'année financière 1998-1999, le plan de travail du Comité interministériel sur la violence familiale a comporté les actions suivantes :

- achèvement de la rédaction de protocoles relatifs aux adultes victimes de mauvais traitements à l'intention des employés dans six ministères;
- élaboration préliminaire d'une trousse de formation interdisciplinaire et interministérielle sur les adultes victimes de mauvais traitements;
- poursuite de l'élaboration d'une vidéo de formation à l'intention des employés gouvernementaux et des agents de police pour appuyer les protocoles relatifs aux enfants victimes de mauvais traitements;
- financement de la troisième et dernière année à la Fondation Muriel McQueen Fergusson concernant le Projet de partenariat communautaire pour la sensibilisation à la violence familiale.

	Total Requests For Protection Service/ Total des demandes de services	1998-99	1997-98	1996-97
Child Protection/Protection de l'enfance	7,361	7,710	7,600	
Young Offenders in Open Custody/Jeunes contrevenants en milieu ouvert	204	208	276	
Adult Protection/Protection des adultes	566	530	502	
TOTAL	8,131	8,448	8,378	

	End of March Caseload/ Volume de cas à la fin mars	1998-99	1997-98	1996-97
Child Protection/Protection de l'enfance	1,611	1,609	1,635	
Children in Guardianship Care/Enfants pris en charge	752	718	717	
Young Offenders in Open Custody/Jeunes contrevenants en milieu ouvert	100	94	121	
Adult Protection/Protection des adultes	86	60	57	
TOTAL	2,549	2,481	2,530	

Acute and Short Term Mental Health Services

For adults with mental disorders or psychosocial problems, the department provides services to screen, assess, prioritize and provide crisis and acute intervention services to clients. In 1998-99, 5,912 people were served by this program.

Youth Treatment

The Provincial Youth Treatment Program is designed to serve youth up to the age of 18 who have experienced loss in family life and have faced difficulties in school and/or community settings. The department helps communities to address their needs by coordinating

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale

Le ministère offre aux adultes ayant des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux des services pour le dépistage, l'évaluation et l'établissement de priorités ainsi que des services en situation de crise et d'intervention immédiate aux clients. En 1998-1999, 5 912 personnes ont reçu des services dans le cadre du programme.

Traitemment pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes vise à fournir des services aux jeunes âgés de 18 ans ou moins qui ont vécu une perte dans leur vie familiale et qui connaissent des difficultés à l'école ou dans la collectivité. Le ministère aide les collectivités à répondre à leurs besoins en coordonnant les

local and provincial services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams as well as a six-bed inpatient assessment and case planning service (the Pierre Caissie Centre). At the end of the fiscal year 1998-99, 321 youths were actively followed by the program, and 54 of them required admission to the Pierre Caissie Centre.

Patient Advocate Services

Persons admitted to a psychiatric facility on a voluntary or involuntary status, have the right to patient advocate services. Patient advocates work with caregivers to inform patients and their families of their rights. They represent patients at hearings or review committees; help resolve concerns and complaints; and, ensure that the patient's rights are respected at all times. In 1998-99, Patient Advocate Services represented 1,039 individuals.

Prescription Drug Program

The Prescription Drug Program (PDP) provides coverage to those New Brunswickers who can least afford the often high cost of prescription drugs.

The PDP covers:

- senior citizens who receive the Guaranteed Income Supplement or who qualify for benefits based on annual income;
- nursing home residents;
- beneficiaries in licensed residential facilities who are in receipt of financial assistance from the Department of Health and Community Services and who hold a valid health card issued by FCSS;
- clients of Human Resources Development - New Brunswick;
- children in care of the Minister of Health and Community Services; persons registered with, and deemed eligible for, the Prescription Drug Program who have cystic fibrosis, who are organ transplant recipients, who have human growth hormone deficiency, or who are HIV positive.

The New Brunswick Prescription Drug Program incurred expenses of \$62.8 million during 1998-99, of which 96% was prescription costs. This represents a 12.1% increase in expenditures over 1997-98.

In 1998-99, Medicare /PDP continued a five year strategic planning exercise, which resulted in a number of long term goals, including:

- improving public and stakeholder knowledge of health related services;

services locaux et provinciaux. Les services comprennent notamment une équipe clinique communautaire provinciale, 13 équipes multidisciplinaires régionales et un service d'évaluation et de planification de cas de six lits (le Centre Pierre Caissie). À la fin de l'année financière 1998-1999, le programme a offert des services actifs à 321 jeunes et 54 d'entre eux ont dû être admis au Centre Pierre Caissie

Services du défenseur des bénéficiaires

Les personnes admises dans un établissement psychiatrique pour une évaluation volontaire ou en vertu d'un placement non volontaire ont droit aux services d'un défenseur des bénéficiaires. Les défenseurs des bénéficiaires travaillent avec les dispensateurs de soins pour informer de leurs droits les patients, leur famille et leurs proches, représenter les patients à des audiences ou à des comités d'examen, aider à trouver une solution satisfaisante aux préoccupations et aux plaintes des patients, et veiller à ce que les droits des patients soient observés en tout temps. En 1998-1999, le ministère a offert des services de défenseur des bénéficiaires à 1 039 personnes.

Plan de médicaments sur ordonnance

Le Plan de médicaments sur ordonnance (PMO) offre une protection en matière de médicaments aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui peuvent le moins se permettre d'assumer le coût souvent élevé des médicaments sur ordonnance.

Le PMO couvre :

- les personnes âgées qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des avantages en raison de leur revenu annuel;
- les résidents des foyers de soins;
- les bénéficiaires dans les établissements résidentiels approuvés qui reçoivent une aide financière du ministère de la Santé et des Services communautaires et qui détiennent une carte d'assistance médicale délivrée par FSSC;
- les clients de Développement des ressources humaines - Nouveau-Brunswick;
- les enfants pris en charge par le ministre de la Santé et des Services communautaires; les personnes admissibles inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance qui sont atteintes de fibrose kystique, qui sont receveurs de greffe d'organe, qui souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance ou qui sont séropositives.

Les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 62,8 millions de dollars en 1998-1999, dont 96 % ont servi à couvrir le coût des médicaments, ce qui représente une augmentation de 12,1 % des dépenses par rapport à 1997-1998.

En 1998-1999, l'Assurance-maladie et le PMO ont poursuivi un exercice de planification stratégique de cinq ans, qui a donné lieu à l'établissement de plusieurs objectifs à long terme, notamment :

- améliorer les connaissances de la population et des intervenants au sujet des services connexes en matière de santé;

- improving the level of appropriate and cost effective usage of health care services;
- becoming information-driven.

A range of strategies were either implemented or continued to help the PDP achieve these goals. To that end:

- The PDP Internet website was completed in the fall of 1998. It went on-line as a component of the department's site in December of that year. The intent of the website is to provide current program information both to stakeholders and the general public. The bilingual site includes data on the program itself, all beneficiary groups, dispensing fee information for pharmacists, and the complete New Brunswick Prescription Drug Program Formulary, as well as links to other provincial drug plans, Health Canada, CCOHTA, and the Canadian Pharmacists Association.
- The PDP Advisory and Utilization Committee reviewed 64 new drugs, and the Product Selection Committee determined interchangeability for 102 generic drug products during 1998-99. The PDP Formulary (a standardised list of prescription drugs) continues to be a very effective tool for program sustainability.
- The Ad Hoc GI Drug Advisory Committee continued its work on strategies to improve the quality and cost-effectiveness of managing upper gastro-intestinal (UGI) disorders. In the past year, the committee focused on Helicobacter pylori infections in the management of ulcers. Studies have demonstrated that eradication of this infection can cure ulcers, and decrease the recurrence rate significantly. Information on H. pylori and an algorithm for the management of "ulcer-like dyspepsia" was developed for distribution to health care providers. Special authorization criteria for drug products used to treat H. pylori infections were revised, and the PDP claims adjudication system was modified to allow for more timely access to these products. The number of recommended H. pylori treatments for the first three-quarters of 1998-99 increased to 455 from 162 for the same period in 1997-98. The incidence and type of H. pylori treatments, as well as their impact on overall UGI drug utilization, are being monitored on an on-going basis.

The committee identified the broad usage of combined Cisapride and H2 Receptor Inhibitors among PDP beneficiaries suffering from UGI problems such as heartburn. The Advisory and Utilization Committee conducted a therapeutic review of the product. An information bulletin on usage patterns and drug interactions with Cisapride was prepared and circulated to physicians and pharmacists. During 1998-99, the volume and drug cost of Cisapride increased by two and three per cent respectively. This contrasts markedly with the 12% growth for the volume and cost of Cisapride recorded in 1997-98.

- améliorer la pertinence et la rentabilité de l'utilisation des services de soins de santé;
- adopter une approche axée sur l'information.

Un certain nombre de stratégies ont été mises en oeuvre ou continuent de contribuer à l'atteinte des objectifs du PMO.

- Le site web du PMO sur internet a été achevé à l'automne de 1998. Il a été mis en ligne comme composante du site du ministère au mois de décembre 1998. Le site web a pour but de fournir de l'information courante sur le PMO aux divers intervenants et à la population en général. Le site bilingue comprend des renseignements sur le PMO lui-même, tous les groupes de bénéficiaires, de l'information sur les frais d'exécution d'ordonnance pour les pharmaciens et le formulaire complet du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, de même que des liens avec d'autres régimes provinciaux de médicaments, Santé Canada, l'OCCETS et l'Association des pharmaciens du Canada.
- Le Comité consultatif et d'étude sur l'usage des médicaments du PMO a examiné 64 nouveaux produits, tandis que le comité de sélection des produits pharmaceutiques a déterminé l'interchangeabilité de 102 produits génériques en 1998-1999. Le formulaire PMO (une liste normalisée des médicaments sur ordonnance) demeure un outil très efficace de viabilité du régime.
- Le Comité consultatif spécial des médicaments gastro-intestinaux a poursuivi son élaboration de stratégies visant à améliorer la qualité et la rentabilité de la gestion des troubles gastro-intestinaux supérieurs. Au cours de l'année écoulée, le comité s'est concentré sur les infections Helicobacter pylori en matière de gestion des ulcères. Des études ont démontré que l'élimination de cette infection peut guérir les ulcères et réduire de manière significative le taux de rechute. De l'information sur H. pylori et un algorithme de gestion de la «dyspepsie pseudo-ulcéreuse» ont été élaborés à l'intention des dispensateurs de soins de santé. Les critères spéciaux d'autorisation relatifs aux produits pharmaceutiques servant au traitement des infections H. pylori ont été révisés, tandis que le système d'adjudication des réclamations du PMO a été modifié afin de permettre un accès plus opportun à ces produits. Le nombre de traitements H pylori recommandés au cours des trois premiers trimestres de 1998-1999 est passé à 455, comparativement à 162 pour la même période en 1997-1998. L'incidence et le type de traitements H. pylori, tout comme leur impact sur l'utilisation globale de médicaments gastro-intestinaux supérieurs, font l'objet d'une surveillance continue.

Le comité a circonscrit l'usage général de cisapride et d'inhibiteurs récepteurs H2 combinés parmi les bénéficiaires du PMO souffrant de troubles gastro-intestinaux supérieurs tels que le pyrosis. Le Comité consultatif et d'étude sur l'usage des médicaments a effectué une revue thérapeutique du produit. Une monographie sur les habitudes d'utilisation et les interactions médicamenteuses avec le cisapride a été préparée et remise aux médecins et aux pharmaciens. Au cours de 1998-1999, la quantité et le coût du cisapride ont augmenté de 2% et de 3% respectivement, ce qui diffère de façon marquée avec la hausse de 12% de la quantité et du coût du cisapride enregistrée en 1997-1998.

The overall volume of drugs used to treat UGI disorders was relatively stable, with an increase of one per cent over fiscal 1997-98; however, the cost increased by 14%. This disproportionate increase was due in large part to a shift toward prescribing Proton Pump Inhibitors (PPI), a more potent and expensive class of acid suppressants. Although UGI drugs had increased in cost over the previous year, a four-year trend analysis indicated that expenditures were six per cent lower than the amount paid for this class of drugs in fiscal 1995-96.

- The PDP conducted a review of Quantitative Limits, an initiative established in October 1993, to increase awareness among individual beneficiaries and their physicians of the amount and duration of use of specific drugs. The 1998-99 review resulted in the removal of Quantitative Limits from over 100 drug groupings, and a revised format of the NBPDP Quantitative Limits Listing. In addition, the need to provide physicians with feedback on the number and type of overrides they request was identified.
- In 1998-99, family physicians received physician prescribing profiles on three separate occasions. These profiles provided data on individual prescribing practices for antidepressants, cardiovascular and gastro-intestinal drug products.
- The piloting of an innovative pharmacy reimbursement model which began in fiscal 1997-98 was continued in 1998-99. Designed to provide incentives to pharmacists to take a more active role in ensuring patients receive the most appropriate, cost-effective drug therapy, the pilot showed a 2% decrease in PDP drug costs dispensed at the participating pharmacy by the end of fiscal 1998-99. Savings were shared between the pharmacists involved in the project and the PDP. Preliminary findings of an independent evaluation of the pilot have suggested that savings to the program using this model are likely to be minimal.
- The PDP must strive to be more information driven in order to remain abreast of current drug utilization patterns and emerging trends, and to allow timely evaluation of program initiatives.
- In 1998-99, enhancements and modifications were made to the program's prescription drug data warehouse. This, along with the addition of data from previous years has provided program managers improved access to quality information and knowledge of prescription drug usage.

Dans l'ensemble, la quantité des médicaments utilisés dans le traitement des troubles gastro-intestinaux supérieurs est demeurée plutôt stable, n'ayant augmenté que de 1% par rapport à l'année financière 1997-1998; par contre, le coût a grimpé de 14%. Cette hausse disproportionnée est attribuable en bonne partie à une prescription accrue d'inhibiteurs de pompe à protons (PPI), une catégorie plus puissante et coûteuse d'antiacides. Bien que le coût des médicaments gastro-intestinaux supérieurs aient augmenté par rapport à l'année précédente, une analyse de la tendance sur quatre ans révèle que les dépenses au titre de cette catégorie de médicaments ont diminué de 6% depuis l'année financière 1995-1996.

- Le PMO a passé en revue les limites quantitatives, une initiative lancée en octobre 1993, dans le but de sensibiliser les bénéficiaires et leurs médecins sur la quantité et la durée d'utilisation de certains médicaments. La revue de 1998-1999 a occasionné la levée de limites quantitatives sur plus de 100 groupes de médicaments, et la révision de la liste des limites quantitatives du PMONB. On a constaté également la nécessité de fournir aux médecins une rétroaction sur le nombre et le type de substitutions qu'ils demandent.
- En 1998-1999, les médecins de famille ont reçu en trois occasions des résumés sur les ordonnances d'antidépresseurs, de médicaments cardiovasculaires et de produits gastro-intestinaux.
- La mise à l'essai d'un modèle innovateur de remboursement des pharmaciens, amorcée durant l'année financière 1997-1998, s'est poursuivie en 1998-1999. Conçu dans le but d'inciter les pharmaciens à jouer un rôle plus actif en veillant à ce que les patients reçoivent la pharmacothérapie la mieux indiquée et la plus rentable, le projet pilote montre à la fin de l'année financière 1998-1999 une diminution de 2% des coûts des médicaments PMO dispensés par la pharmacie participante. Les pharmaciens qui participent au projet pilote et le PMO se partagent les économies réalisées. D'après les résultats préliminaires d'une évaluation indépendante du projet pilote, les économies que le PMO est susceptible de réaliser à l'aide de ce modèle semblent être minimales.
- Le PMO doit adopter une approche davantage axée sur l'information afin de demeurer au fait des habitudes actuelles en matière d'utilisation des médicaments et des nouvelles tendances, et pour permettre une évaluation opportune des initiatives du PMO.
- En 1998-1999, des modifications et des améliorations ont été apportées à l'entrepot de données relatives aux médicaments sur ordonnance du PMO grâce auxquelles, ainsi qu'à l'ajout de données des années précédentes, les gestionnaires de programme ont un meilleur accès à des renseignements et à des connaissances de qualité supérieure en ce qui a trait à l'utilisation des médicaments sur ordonnance.

CORE BUSINESS AREA: (2) PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

The department provides the continuum of services to prevent illness, disability and social dysfunction. The department's education and awareness raising initiatives promote the health and well-being of New Brunswickers of all ages so that they can achieve their best potential while enjoying an independent, socially responsible and healthy lifestyle for as long as possible.

Early Childhood Initiatives

The continuum of services begins with Early Childhood Initiatives (ECI). The program combines public health, family and community social services, and mental health services to help ensure children have the best opportunity to thrive and to successfully meet the many learning challenges they face as they enter the public school system.

When required, ECI services may be provided even before a child is born. Expectant mothers who are most at risk for health problems that may impact their own health and that of their unborn child are identified early. ECIs pre-natal services include pre-natal education, home visits by a Public Health nurse and/or nutritionist, and nutrition supplements.

Public Health nurses and hospital maternity nursing staff screen all new mothers and their infants. Based on screening results, mothers and infants identified as moderate-to-high risk for developmental delay are offered additional ECI services. These priority families may receive postnatal intervention services such as home visits, parent education, counselling and nutrition supplements. ECI social services are designed to support at-risk parents and contribute to the child's overall development in preparation for school entry. Social services include:

- home-based early intervention services, which, at March 31, 1999, were providing regular family visits and community liaison to 1,491 children in 1,310 families;
- day care services, which ensure full participation of high priority children in developmentally appropriate child care services. These services were available in 136 of the 320 daycare facilities at March 31, 1999, and were provided to 479 children in 458 families;
- early childhood social workers, who provide a range of promotion and prevention services, including coordinating the delivery of the *Nobody's Perfect* parenting program; and,
- home economists who provide budgeting, nutrition, and home time management information and support services to ECI clients.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : 2) PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Le ministère offre un continuum de services visant à prévenir la maladie, les incapacités et les problèmes d'adaptation sociale. Les projets d'éducation et de sensibilisation du ministère ont pour but de promouvoir la santé et le bien-être des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises de tout âge afin qu'ils puissent réaliser leur plein potentiel tout en jouissant le plus longtemps possible d'un mode de vie autonome, sain et socialement responsable.

Initiatives pour la petite enfance

Le continuum de services commence par les Initiatives pour la petite enfance (IPE). Ce programme réunit les services de Santé publique, de Famille et services sociaux communautaires et de Santé mentale pour contribuer à faire en sorte que l'on offre aux enfants la meilleure possibilité de se développer et de surmonter les nombreux défis d'apprentissage au moment de leur entrée dans le milieu scolaire.

Lorsque nécessaire, la prestation des services des IPE peut débuter avant la naissance de l'enfant. Les femmes enceintes à risque très élevé d'avoir des problèmes de santé qui peuvent avoir des répercussions sur leur propre santé et sur celle de leur enfant à naître font l'objet d'un dépistage précoce. Les services prénataux des IPE comprennent de l'éducation prénatale, des visites à domicile d'une infirmière-hygieniste ou d'une nutritionniste et l'octroi de suppléments nutritionnels.

Les infirmières-hygienistes et le personnel infirmier des maternités des hôpitaux effectuent le dépistage de toutes les nouvelles mères et des nourrissons. En se fondant sur les résultats du dépistage, les mères et les nourrissons désignés comme étant à risque (moyen à élevé) de subir un retard de développement reçoivent d'autres services des IPE. Ces familles prioritaires peuvent bénéficier de services d'intervention postnatale comme des visites à domicile, de l'éducation parentale, du counseling et des suppléments nutritionnels. Les services sociaux des IPE sont destinés à apporter un soutien aux parents à risque et à contribuer au développement global de l'enfant pour le préparer à son entrée à l'école. Les services sociaux comprennent :

- des services d'intervention précoce à domicile, qui, au 31 mars 1999, pourvoient régulièrement des visites à domicile et des liaisons avec la collectivité auprès de 1 491 enfants dans 1 310 familles;
- des services de garderies, qui assurent la pleine participation d'enfants hautement prioritaires à des services de garderie adéquats sur le plan du développement. Ces services étaient offerts dans 136 des 320 garderies au 31 mars 1999 à 479 enfants dans 458 familles;
- des services de travailleurs sociaux pour la petite enfance, qui offrent toute une gamme de services de promotion et de prévention, dont la coordination du programme de développement des aptitudes parentales *Y'a personne de parfait*;
- des services d'économistes familiales, qui offrent aux clients des IPE de l'information et des services de soutien en matière de budgétisation, de nutrition et de gestion du temps à domicile.

The department provides health clinics for all 3.5-year olds. Assessments include vision, hearing, dental, speech/language development, mental health/behaviour, safety, physical growth/development, and nutrition. In consultation with parents, referrals are made to the appropriate service when problems are detected. In 1998-99, Public Health nurses assessed 6,899 children at 3.5-Year Old Health Clinics.

Under ECI, the department's objectives are to:

- increase parental knowledge and participation in child development;
- increase the proportion of pregnant women and children who have a healthy diet;
- increase parents' decision making abilities;
- increase parents' ability to meet the needs of their families, including improved parenting skills, increased ability to access supports, and effect positive change in their sense of independence and self-sufficiency;
- increase the percentage of newborns with a birthweight equal to, or greater than, 2,500g to 96% by the year 2000 (1998 figures indicate the percentage then was 94.7%);
- increase the proportion of high-risk pregnant women who are identified and who receive appropriate support;
- decrease the number of children who enter school with undiagnosed development problems;
- improve functioning in one or more of the following areas:
 - health or physical development;
 - cognitive development;
 - socio-emotional development;

In 1998-99, 1,567 at-risk pregnant women were assessed under the ECI pre-natal program. A total of 1,469 were eligible for ECI services, and 1,432, or 98%, chose to take part in the program. The percentage is equal to last's year figure. Of this number, 1,396 pregnant women received ECI nutritional counselling and supplements.

Of the 7,684 newborns/families screened, 2,369 (31%) were identified as at moderate to high risk for developmental delay, and therefore, were eligible for additional ECI services. A total of 2,316 newborns and/or mothers received formula, milk and/or vitamins. In fiscal 1998-99, the department responded to 1,288 requests for early intervention services, and 583 requests for daycare services.

Mothers on the ECI program who breastfeed receive daily milk supplements. Mothers who choose not to breastfeed are provided infant formula. However, the department has identified the promotion of breastfeeding as a priority, and has established an objective to bring New Brunswick breastfeeding rates closer to the national average (80%). Provincial trends

Le ministère offre des cliniques d'hygiène pour tous les enfants âgés de trois ans et demi. Les évaluations portent sur la vue, l'ouïe, la santé bucco-dentaire, le développement du langage, la santé mentale et le comportement, la sécurité, la croissance et le développement physiques ainsi que la nutrition. En consultation avec les parents, on oriente les enfants vers le service pertinent lorsque des problèmes sont décelés. En 1998-1999, les infirmières-hygienistes ont évalué 6 899 enfants lors de cliniques pour enfants de trois ans et demi.

Dans le cadre des IPE, le ministère a adopté les objectifs suivants :

- augmenter les connaissances des parents et leur participation au développement des enfants;
- accroître la proportion de femmes enceintes et d'enfants de la province qui ont un régime alimentaire sain;
- accroître les aptitudes des parents à prendre des décisions;
- accroître l'habileté des parents à répondre aux besoins de leur famille, notamment en les aidant à améliorer leurs compétences parentales, à mieux accéder aux soutiens communautaires disponibles et à effectuer un changement positif dans leur sentiment d'indépendance et d'autonomie;
- accroître à 96 % d'ici l'an 2000 le pourcentage des nouveau-nés dont le poids à la naissance est égal ou supérieur à 2 500 g (en 1998, il était de 94,7 %);
- accroître la proportion des femmes enceintes à haut risque qui font l'objet d'un dépistage et qui reçoivent un soutien adéquat;
- diminuer le nombre d'enfants qui, à leur entrée à l'école, ont des problèmes de développement non diagnostiqués;
- améliorer le fonctionnement dans un ou plusieurs des secteurs suivants :
 - santé ou développement physique,
 - développement cognitif,
 - développement socio-affectif.

En 1998-1999, 1 567 femmes enceintes à risque ont fait l'objet d'une évaluation dans le cadre du programme prénatal des IPE. Un total de 1 469 d'entre elles étaient admissibles aux services des IPE, et 1 432 (98 %) ont choisi de participer au programme. Le pourcentage est le même que celui de l'an dernier. De ce nombre, 1 396 femmes enceintes ont reçu des conseils en matière de nutrition et des suppléments nutritionnels.

Sur les 7 684 nouveau-nés ou familles qui ont fait l'objet d'un dépistage, 2 369 (31 %) ont été déclarés comme présentant un risque moyen à élevé de retard de développement et, par conséquent, étaient admissibles à d'autres services des IPE. Un total de 2 316 nouveau-nés ou mères ont reçu du lait maternisé, du lait ou des vitamines. Au cours de l'année financière 1998-1999, le ministère a répondu à 1 288 demandes de services d'intervention précoce et à 583 demandes de services de garderies.

Les mères allaitantes qui participent au programme des IPE reçoivent des suppléments quotidiens de lait. Celles qui choisissent de ne pas allaiter reçoivent du lait maternisé. Le ministère a toutefois fait une priorité de la promotion de l'allaitement maternel et s'est fixé comme objectif de rapprocher les taux d'allaitement maternel du Nouveau-Brunswick de ceux de la moyenne nationale (80 %).

indicate a gradual increase in babies being breastfed at birth. In 1998-99, 65% of New Brunswick newborns were breastfed, an increase of 14% since 1993.

Les tendances provinciales indiquent une augmentation constante du nombre de bébés allaités à la naissance. En 1998-1999, 65 % des nouveau-nés du Nouveau-Brunswick étaient allaités par leur mère, ce qui représente une augmentation de 14 % depuis 1993.

Number of Live Births, Infant Deaths and Infant Mortality Rates/ Nombre de naissances vivantes, mortalité infantile et taux de mortalité infantile

per 1,000 Live Births, New Brunswick, 1989-98/par 1 000 naissances vivantes, Nouveau-Brunswick, 1989-1998

Year / Année	Live Births / Naissances vivantes	Infant Deaths / Mortalité infantile	Rates / Taux
1989	9,603	57	5.94
1990	9,754	62	6.36
1991	9,446	55	5.82
1992	9,324	45	4.83
1993	8,978	49	5.46
1994	8,906	38	4.27
1995	8,513	33	3.88
1996	8,129	32	3.94
1997	7,867	31	3.94
1998	7,830	39	4.98

Source: New Brunswick Vital Statistics. / Bureau des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick.

Note / Remarque:

The data reflects births and deaths in New Brunswick involving N.B. residents. / Les données tiennent compte des naissances et décès chez les résidents du Nouveau-Brunswick.

Number and Percentage of Live Births less than (<) 2,500 grams, New Brunswick, 1989-98/ Nombre et pourcentage des naissances vivantes de moins de (<) 2 500 grammes, Nouveau-Brunswick, 1989-98

Year / Année	Live Births / Naissances vivantes	Births < 2,500 grams / Naissances < 2 500 grammes	Percent / pour-cent
1989	9,603	556	5.79
1990	9,754	487	4.99
1991	9,446	519	5.49
1992	9,324	492	5.28
1993	8,978	488	5.44
1994	8,906	513	5.76
1995	8,513	405	4.76
1996	8,129	415	5.11
1997	7,867	407	5.17
1998	7,830	410	5.24

Source: New Brunswick Vital Statistics. / Bureau des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick.

Note / Remarque: *The data reflects births in New Brunswick involving N.B. residents. / Les données tiennent compte des naissances chez les résidentes du Nouveau-Brunswick.*

According to 1998 information, there was an overall improvement in mothers' eating habits when they received ECI prenatal nutrition services.

Adoption Services

As part of its overall prevention services, the department helps provide permanent adoptive homes for children in the permanent care of the Minister. This includes services to birth parents who are considering private adoption. In fiscal 1998-99, the department was involved in the adoption of 20 infants (age 0-2) and 25 older, special needs children and sibling groups. The department was also involved in the processing of 22 international adoptions.

The department provides subsidies for adopted children with special needs. In 1998-99, the department responded to 11 requests for service, with an average of 93 subsidized adoptive families per month.

Support Services to Education

The department provides a range of health and social support services aimed at improving a child's ability to function in school. Services include speech language pathology, physiotherapy, social work and psychology. In fiscal 1998-99 there were 1,420 requests for social work and psychology services, with an average monthly active caseload of 902. In addition, limited consultation, assessment and counselling services are provided to schools by Public Health staff including nurses, nutritionists and inspectors.

Selon l'information obtenue en 1998, lorsque les mères reçoivent des services de nutrition prénataux dans le cadre des IPE, leurs habitudes alimentaires s'améliorent de façon générale.

Services d'adoption

Dans le cadre des services de prévention, le ministère aide à procurer des foyers d'adoption permanents aux enfants pris en charge par le Ministre et offre également des services aux parents biologiques qui songent à confier leur enfant à un couple par voie d'adoption privée. En 1998-1999, le ministère s'est occupé de 20 cas d'adoption de bébés (âgés de 0 à 2 ans) et de 25 cas d'adoption d'enfants plus âgés, d'enfants ayant des besoins spéciaux ou de groupes de frères et soeurs. Le ministère s'est également occupé du traitement de 22 cas d'adoption internationale.

Le ministère fournit de l'aide financière aux familles qui ont adopté des enfants ayant des besoins spéciaux. En 1998-1999, le ministère a répondu à 11 demandes de service et a subventionné en moyenne 93 familles adoptives par mois.

Services de soutien à l'éducation

Le ministère offre dans le domaine de la santé et des services sociaux une gamme de services de soutien visant à améliorer l'aptitude des enfants à fonctionner en classe. Les services comprennent l'orthophonie, la physiothérapie, le travail social et la psychologie. Au cours de l'année financière 1998-1999, les Services de soutien à l'éducation ont reçu 1 420 demandes de services en travail social et en psychologie, avec une moyenne mensuelle de 902 cas actifs. De plus, le personnel de la Santé publique, composé d'infirmières, de nutritionnistes et d'inspecteurs, offre des services limités de consultation, d'évaluation et de counseling.

**Approved Community Placement Facilities at March 31st/
Installations de placement communautaire approuvées au 31 mars**

	1998-99	1997-98	1996-97	1995-96
Child Daycare/Garde d'enfants				
# of facilities/Nombre d'installations	320	300	285	259
# of spaces/Nombre de places	9,758	9,204	8,534	8,102
Child Placement Facilities/Installations de placement pour enfants				
# foster homes/Nombre de foyers d'accueil	861	825	*900	*900
# group homes/Nombre de foyers de groupe	22	22	26	30
# of group home beds/Nombre de lits dans les foyers de groupe	109	109	141	171
Adult Residential Facilities/Établissements résidentiels pour adultes				
# of facilities/Nombre d'établissements	681	728	798	819
# of spaces/Nombre de places	5,417	5,625	5,454	5,193
Transition Houses/Maisons de transition				
# of facilities/Nombre d'établissements	12	12	**12	**12
# of spaces/Nombre de places	***168	161	**161	161
Notes/Remarques :	* approximate/* chiffre approximatif ** corrected data/** données corrigées *** additional beds in Fundy House Inc./lits supplémentaires à Fundy House Inc.			

Community Placement

To ensure the proper care and safety of children and adults, the department licences and monitors child placement facilities, adult residential facilities, and daycare facilities. In 1998-99, 98 incident reports / complaints in adult residential facilities, and 22 in child placement facilities were investigated. Department staff performed 643 spot checks of daycare facilities.

Child and Adolescent Mental Health Services

The department offers services that enable children and young people to become mature, productive adults capable of taking responsibility for their own mental health. These services aim at preventing mental health conditions from deteriorating to a point where it would negatively impact on a child's or adolescent's development and functioning. In 1998-99, 2,700 new children and adolescents entered the program.

Mental Health Prevention / Promotion Initiatives

Several programs managed by Mental Health Services focus on prevention and promotional activities. Some of the most significant ones include: the 22 consumer-run activity centres; a critical incident stress response program designed to alleviate stress trauma due to a tragic occurrence; and a suicide prevention program involving community participation in identifying at-risk individuals and making referrals to appropriate service response.

In 1998-99, regionally based Critical Incident Stress Response teams were called upon to provide services to 947 emergency service personnel and other New Brunswickers involved in 98 traumatic incidents.

Seniors' Services

The department provides services and information which reflect the particular health and social needs of the province's seniors. Education and public awareness on specific seniors' issues are provided by the department. Educational material relating to seniors is also developed and distributed by the department. These include, among others, health fact sheets, a newsletter, health/social information articles produced for seniors' oriented publications and the Seniors' Guide to Services and Programs. The department is also responsible for the Senior Goodwill Ambassadors Program.

During fiscal 1998-99, the department also played an active role in promoting 1999 International Year of Older Persons (IYOP). Promotional material, as well as community and corporate kits, were distributed throughout the province to various stakeholders dealing with seniors.

Placements communautaires

Pour veiller au soin et à la sécurité des enfants et des adultes, le ministère délivre des permis et assure la surveillance des installations de placement pour enfants, des établissements résidentiels pour adultes et des installations de garderie. En 1998-1999, 98 signalements d'incident et plaintes touchant des établissements résidentiels pour adultes et 22 touchant des installations de placement pour enfants ont fait l'objet d'enquêtes. Le personnel du ministère a effectué 643 vérifications au hasard des installations de garderie.

Services de santé mentale aux enfants et aux adolescents

Le ministère offre des services visant à permettre aux enfants et aux jeunes de devenir des adultes productifs, ayant une certaine maturité et capables de prendre en main leur propre santé mentale. Ces services ont pour but d'éviter que les conditions de santé mentale se détériorent au point de nuire au développement et au fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent. En 1998-1999, 2 700 nouveaux enfants et adolescents ont été inscrits au programme.

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés par les Services de santé mentale se concentrent dans des activités de prévention et de promotion. Parmi les plus marquants se trouvent : les 22 centres d'activité exploités par les consommateurs; un programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique lors d'un événement tragique; et un programme de prévention du suicide avec la participation de la collectivité pour identifier les personnes à risque et les orienter vers le service approprié.

En 1998-1999, on a fait appel à des équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique pour offrir des services à 947 membres du personnel de services d'urgence et à d'autres Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises impliqués dans 98 incidents traumatisants.

Services aux citoyens ainés

Le ministère fournit des services et des renseignements qui tiennent compte des besoins sociaux et des besoins de santé particuliers des personnes âgées de la province. Il voit aussi à éduquer et à sensibiliser le public sur des questions précises touchant les citoyens ainés, notamment en produisant et en diffusant du matériel éducatif, tel que des feuillets d'information sur la santé, un bulletin, des articles d'information sur la santé et la société pour des publications destinées aux personnes âgées ainsi que le Guide des services et programmes pour les personnes âgées. Le ministère s'occupe également du Programme des ambassadeurs et ambassadrices ainés de bonne volonté.

Durant l'année financière 1998-1999, le ministère a aussi joué un rôle actif dans la promotion de l'Année internationale des personnes âgées. Du matériel promotionnel ainsi que des trousseaux communautaires et ministériels ont été distribués dans toute la province à divers intervenants qui traitent avec les personnes âgées.

Communicable Disease Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

Sexually Transmitted Diseases

Sexually Transmitted Diseases (STDs) and their serious consequences can be reduced through education, early detection, treatment, and contact follow-up. The following services were provided to help reach these objectives:

In fiscal 1998-99:

- information on sexual health and prevention of sexually transmitted diseases was provided to students in most high schools;
- 2,507 visits (20 % of total) to sexual health centres were primarily for sexually transmitted diseases;
- the provincial toll-free AIDS line (1-800-561-4009) operated by AIDS New Brunswick responded to 3,250 calls for advice and information.

Sexually Transmitted Diseases Reported in New Brunswick 1998		
Crude Incidence Rate Per 100,000 Population		
Disease	1991 Baseline	1998 Actual
Chlamydia	227.9	139.4
Gonococcal Infection	7.47	2.8
Herpes: Genital	n/a	27.9
Syphilis - All (Early symptomatic)	2.9 1.6	1.3 0.0
HIV	2.8	2
AIDS	1.7	0.5

Source: NB Provincial Epidemiology Service

Contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises à préserver leur santé et leur bien-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Maladies transmises sexuellement

L'éducation, la détection précoce, le traitement et la recherche de tous les sujets-contacts peuvent contribuer à diminuer les maladies transmises sexuellement (MTS) et leurs conséquences graves. Pour se rapprocher de ces objectifs, le ministère a fourni les services suivants.

Au cours de l'année financière 1998-1999 :

- de l'information sur la santé sexuelle et la prévention des maladies transmises sexuellement a été fournie aux élèves de la plupart des écoles secondaires;
- 2 507 consultations (soit 20 % du total) aux centres de santé sexuelle ont eu comme motif principal les maladies transmises sexuellement;
- la ligne provinciale d'appel sans frais sur le SIDA (1 800 561-4009), dont s'occupe SIDA Nouveau-Brunswick, a répondu à 3 250 appels visant à obtenir des conseils et des renseignements.

Cas déclarés de maladies transmises sexuellement au Nouveau-Brunswick 1998		
Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants		
Maladie	Taux de référence 1991	Taux réel 1998
Chlamydia	227,9	139,4
Infections gonococciques	7,47	2,8
Herpès génital	n/d	27,9
Syphilis (Total) symptômes précoce	2,9 1,6	1,3 0,0
VIH	2,8	2
SIDA	1,7	0,5

Source : Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

**Sexually Transmitted Diseases Reported in New Brunswick 1998/
Cas déclarés de maladies transmises sexuellement au Nouveau-Brunswick 1998**

Actual Numbers/Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Chlamydia	236	204	286	61	50	112	101	1,050
Gonococcal Infection/Infections gonococciques	15	1	3	0	0	0	2	21
Herpes: Genital/Herpès génital	74	46	56	5	1	16	12	210
Syphilis early symptomatic/symptômes précoces	6 0	1 0	3 0	0 0	0 0	0 0	0 0	10 0
HIV/VIH	7	5	2	0	0	0	1	15
AIDS/SIDA	1	0	2	0	1	0	0	4

Source: NB Provincial Epidemiology Service / Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

Note: Rates are calculated using the Stats Can. 1998 population estimates.
Remarque : Les taux sont calculés à partir des prévisions démographiques de Statistique Canada pour 1998.

Vaccine Preventable Diseases

The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Based on the successful use of vaccines, immunization programs have proven effective in controlling, even reducing, the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are free. They are provided by Public Health nurses through paediatric immunization clinics, and by family doctors. The hepatitis B vaccine is provided in schools through a contract with the Victoria Order of Nurses. The department has identified a number of objectives for reducing a range of communicable diseases in New Brunswick by the end of the century.

Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick 1998

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population		
Disease	1991 Baseline	1998 Actual
Measles	23.4	0.0
Mumps	0.5	0.4
Pertussis	4.8	35.3
Rubella	1	0.1
Hepatitis B (Acute)	12.4 **n/a	5.7 1.5
(Carrier)	n/a	4.2
Diphtheria	0	0.0
Tetanus	0	0.0
Polio	0	0.0
H. Influenza b	0.6	0.5

**n/a = not available

Source: NB Provincial Epidemiology Service

Maladies évitables par la vaccination

Le ministère offre des vaccinations contre toute une gamme de maladies évitables par la vaccination. Compte tenu du succès de telles mesures, les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour contrôler et même réduire l'incidence de certaines maladies contagieuses. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits. Ils sont administrés par les infirmières-hygienistes lors des cliniques d'immunisation infantile et par les médecins de famille. Le vaccin de l'hépatite b est dispensé dans les écoles par voie d'un contrat avec les Infirmières de l'Ordre de Victoria. Le ministère a défini un certain nombre d'objectifs provinciaux pour faire régresser un ensemble de maladies contagieuses d'ici la fin du siècle.

Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick 1998

Maladie	Taux de référence 1991	Taux actuel 1998
Rougeole	23,4	0,0
Oreillons	0,5	0,4
Coqueluche	4,8	35,3
Rubéole	1	0,1
Hépatite b (aiguë)	12,4 **n/d	5,7 1,5
(porteur)	n/d	4,2
Diphthérie	0	0,0
Tétanos	0	0,0
Polio	0	0,0
H. Influenza b	0,6	0,5

**n/d = non disponible

Source : Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

**Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick 1998/
Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick 1998**

Actual Numbers / Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							Provincial Total/ Total provincial
Disease / Maladie	1	2	3	4	5	6	7	
Measles / Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Mumps / Oreillons	1	0	2	0	0	0	0	3
Pertussis / Coqueluche	76	5	5	7	29	111	33	266
Rubella/Rubéole	0	0	0	1	0	0	0	1
Hepatitis B/Hépatite b (Acute/aiguë)	14	4	9	0	4	5	7	43
(Carrier/ porteur)	3	1	2	0	0	3	2	11
Diphtheria/Diphthérite	11	3	7	0	4	2	5	32
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenza b/H. Influenza de type b	2	1	0	0	0	1	0	4

Source: NB Provincial Epidemiology Service/Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

Note: Rates are calculated using the Stats Can. 1998 population estimates.

Remarque : Les taux sont calculés à partir des prévisions démographiques de Statistique Canada pour 1998.

They are:

- to reduce the incidence of measles to 0.0 reported cases per 100,000 by the year 2000;
- to reduce the incidence of mumps to 0.2 reported cases per 100,000 by the year 2000;
- to reduce the incidence of pertussis to 2.0 reported cases per 100,000 population by the year 2000;
- to maintain the incidence of rubella to less than 2.0 reported cases per 100,000 by the year 2000;
- to reduce the incidence of hepatitis B to 4.0 reported cases per 100,000 by the year 2000;
- to maintain the incidence of diphtheria at 0.0 reported cases per 100,000 in all years up to the year 2000;
- to maintain the incidence of tetanus at 0.0 reported cases per 100,000 in all years up to the year 2000;
- to maintain the incidence of polio at 0.0 reported cases per 100,000 in all years up to the year 2000;
- to maintain the incidence of invasive haemophilus influenzae type b to 0.0 reported cases per 100,000 to the year 2000;
- to reduce the number of hospital admissions for influenza (pneumonia) in those aged 65 and older by 50% by the year 2000.

Water/Food Borne Diseases

Environmental factors can impact significantly on the incidence and spread of some communicable diseases. That is why the department provides services to ensure the safety of drinking water, community sanitation, and the handling of food.

To help reduce the risk of water-borne diseases, the department regularly monitors public water supplies using an approved sampling plan. As well, the

Ces objectifs sont les suivants :

- réduire l'incidence de la rougeole à 0,0 cas signalés pour 100 000 habitants d'ici l'an 2000;
- réduire l'incidence des oreillons à 0,2 cas signalés pour 100 000 habitants d'ici l'an 2000;
- réduire l'incidence de la coqueluche à 2,0 cas signalés pour 100 000 habitants d'ici l'an 2000;
- maintenir l'incidence de la rubéole à moins de 2,0 cas signalés pour 100 000 habitants d'ici l'an 2000;
- réduire l'incidence de l'hépatite b à 4,0 cas signalés pour 100 000 habitants d'ici l'an 2000;
- maintenir l'incidence de la diphtérie à 0,0 cas signalés pour 100 000 habitants chaque année jusqu'à l'an 2000;
- maintenir l'incidence du tétanos à 0,0 cas signalés pour 100 000 habitants chaque année jusqu'à l'an 2000;
- maintenir l'incidence de la polio à 0,0 cas signalés pour 100 000 habitants chaque année jusqu'à l'an 2000;
- maintenir l'incidence de la maladie invasive Haemophilus influenzae type b à 0,0 cas signalés pour 100 000 habitants jusqu'à l'an 2000;
- réduire de 50 % d'ici l'an 2000 le nombre d'hospitalisations pour influenza (pneumonie) chez les personnes de 65 ans et plus.

Maladies d'origine alimentaire et hydrique

Les facteurs environnementaux peuvent avoir des répercussions importantes sur l'incidence et la propagation de certaines maladies transmissibles. C'est pourquoi le ministère offre des services pour veiller à ce que l'eau potable, la salubrité communautaire et la manipulation des aliments ne présentent aucun danger.

Pour contribuer à réduire le risque des maladies d'origine hydrique, le ministère contrôle régulièrement l'approvisionnement en eau potable des réseaux publics à

department encourages testing of private water supplies. Under the *Clean Water Act* (Potable Water Regulations), which is jointly administered by the Department of Health and Community Services and the Department of the Environment, 13,621 bacteriological tests were done on the province's public water supplies (i.e. municipal and Crown systems). During fiscal 1998-99, investigations led to 23 water boil orders being issued. This is an increase of seven over 1997-98 figures and is most likely attributable to weather events which impacted on water sheds and well heads. Most boil orders were between eight and 90 days in duration.

Another 2,898 bacteriological tests were conducted on private water supplies. Of these, 21% had results which required follow up by Public Health inspectors. Follow-up included re-sampling consultation and, where appropriate, advice on remediation.

Public Health also monitored the bacteriological water quality at 154 swimming areas. A total of 431 inspections were done during the fiscal year. An additional 46 areas were monitored by other parties. There were water quality problems in three recreational areas which led to their closure by Public Health.

Enteric Diseases Reported in New Brunswick 1998

Crude Incidence Rates per 100,000 Population		
Disease	1991 Baseline	1998 Actual
Amebiasis	1.3	0.0
Campylobacter	57	45.7
Giardiasis	17.4	10.2
E. Coli 0157:H7	6.8	6.8
Salmonellosis	47.3	20.7
Shigellosis	1.7	1.6

Source: NB Provincial Epidemiology Service

l'aide d'un plan de prélèvement approuvé. De même, le ministère encourage les analyses des installations d'approvisionnement privé en eau. En vertu de la *Loi sur l'assainissement de l'eau* (Règlement sur l'eau potable), qu'administrent conjointement le ministère de la Santé et des Services communautaires et le ministère de l'Environnement, 13 621 analyses bactériologiques ont été effectuées dans les installations d'approvisionnement public en eau de la province (municipales et de la Couronne). Pendant l'année financière 1998-1999, les enquêtes ont mené à l'émission de 23 ordonnances pour faire bouillir l'eau, soit sept de plus qu'en 1997-1998, qui semblent surtout attribuables aux intempéries qui ont affecté les bassins hydrographiques et les têtes de puits. La plupart des ordonnances pour faire bouillir l'eau étaient d'une durée de huit à 90 jours.

Une autre série de 2 898 analyses bactériologiques a été faite dans les installations d'approvisionnement privé en eau. Les résultats de 21% de ces analyses ont exigé un suivi de la part des inspecteurs de Santé publique, comprenant une consultation au sujet d'un nouveau prélèvement d'échantillon et, s'il y a lieu, des conseils sur les mesures à prendre.

La Santé publique surveille également la qualité de l'eau bactériologique dans 154 zones de natation. Durant l'année financière, 431 inspections ont eu lieu. D'autres organismes ont surveillé 46 zones additionnelles. Des problèmes de qualité de l'eau ont été décelés dans trois zones récréatives qui ont résulté en leur fermeture par la Santé publique.

Maladies intestinales signalées au Nouveau-Brunswick 1998

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	Taux de référence 1991	Taux réel 1998
Amibiase	1,3	0,0
Infection à campylobacter	57	45,7
Giardiase	17,4	10,2
E. Coli 0157:H7	6,8	6,8
Salmonellose	47,3	20,7
Shigellose	1,7	1,6

Source : Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

Enteric Diseases Reported in New Brunswick 1998/ Maladies intestinales signalées au Nouveau-Brunswick 1998

Actual Numbers/Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Amebiasis/Amibiase	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacter/Infection à campylobacter	88	36	56	56	24	75	9	344
Giardiasis/Giardise	21	6	26	9	5	6	4	77
E. Coli/E.coli pathogène	17	5	23	1	1	2	2	51
Salmonellosis/Salmonellose	38	19	35	15	9	29	11	156
Shigellosis/Shigellose	3	2	5	0	0	1	1	12

Source: NB Provincial Epidemiology Service/Service provincial d'épidémiologie du N.-B.

Note: Rates are calculated using the Stats Can. 1998 population estimates.

Remarque : Les taux sont calculés à partir des prévisions démographiques de Statistique Canada pour 1998.

Improper handling of food can contribute to an increased risk of food poisoning within the population. To help reduce this risk, the department works with other provincial departments (Agriculture, and Fisheries and Aquaculture), as well as with the federal government, to oversee food processing, sale, and service.

Inspections of food service premises are done routinely. The number of inspections done per year is based on risk category or inspection result. They focus on areas which can contribute to food-borne illness, as well as general sanitation. Inspection deficiencies are dealt with according to a department protocol. To help increase food service workers' knowledge of food safety, department inspectors conduct food handler training courses.

During fiscal 1998-99, a total of 4,020 food inspections were carried out on 3,028 licensed food service establishments.

Incidences of food-borne diseases were up during fiscal 1998-99. A total of 51 cases of E. coli 0115:H7 were reported during that time period, an increase of 29 cases over fiscal 1997-98. There were also 156 reported cases of salmonellosis during this same time period, an increase of 27 cases over fiscal 1997-98. The increase in E. coli was largely due to three family related clusters while the increase in salmonella was related to the national outbreak associated with a lunch snack product.

Healthy Lifestyles

The Department of Health and Community Services is committed to helping reduce premature death, and severe disability from coronary heart disease, stroke, cancer and chronic pulmonary disease. Smoking is the leading cause of preventable death in New Brunswick. Each year, it kills about 1,300 New Brunswickers. Figures for 1996 indicate that 28% of the population 12 years and older smoked, a decline of three per cent from 1994. The 1998 New Brunswick Student Drug Survey found a slight, but not statistically significant decrease in the daily smoking rate to 26.2% (from 28% in 1996). Many of these students also indicated a desire to quite smoking.

In fiscal 1998-99, a tobacco control (prevention and cessation) project was conducted in two middle schools. Results indicate that a peer helper model is well received by youth. Options to further develop this approach are under consideration.

Public Health continues to make "Smoke-Free Home" posters available to parents through Public Health offices and hospitals. Public Health nurses and nutritionists received training on providing effective cessation support to mothers who wish to quit smoking.

In 1998, a second round of "compliance checks" was conducted around the province, testing youth's ability to purchase cigarettes from tobacco retailers. In 1997,

Une mauvaise manipulation des aliments peut contribuer à accroître les risques d'intoxication alimentaire dans la population. Pour aider à réduire ce risque, le ministère travaille de concert avec d'autres ministères provinciaux (Agriculture, Pêches et Aquaculture) et avec le gouvernement fédéral afin de surveiller la transformation, la vente et la préparation des aliments.

Les établissements de services alimentaires font couramment l'objet d'inspections. Le nombre annuel de celles-ci est fonction de la catégorie de risque de l'établissement ou du résultat des inspections. Ces inspections portent sur des facteurs pouvant contribuer à provoquer des intoxications alimentaires et sur la salubrité générale des lieux. Les manquements révélés par les inspections sont traités selon un protocole ministériel. Pour contribuer à accroître les connaissances des employés des services alimentaires en matière de salubrité des aliments, les inspecteurs du ministère donnent des cours de formation à leur intention.

Pendant l'année financière 1998-1999, il y a eu 4 020 inspections dans 3 028 établissements de services alimentaires licenciés.

Les incidences d'intoxications alimentaires ont augmenté durant l'année financière 1998-1999. Au total, 51 cas de E. coli 0115 : H7 ont été signalés au cours de cette période, soit 29 cas de plus qu'en 1997-1998. Par ailleurs, 156 cas de salmonellose ont été signalés au cours de cette même période, soit 27 cas de plus que durant l'année financière 1997-1998. L'augmentation de cas de E. coli était surtout attribuable à trois groupements à caractère familial, tandis que l'augmentation de cas de salmonellose était due à une flambée nationale reliée à un produit de repas-minute.

Modes de vie sains

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a le souci de contribuer à réduire les décès prématurés et les invalidités graves provoqués par les coronaropathies, les accidents cérébrovasculaires, le cancer et les affections pulmonaires chroniques. Le tabagisme est la principale cause de décès évitables au Nouveau-Brunswick. Chaque année, il tue environ 1 300 personnes. Les chiffres de 1996 indiquent que 28 % des personnes âgées de 12 ans et plus fument, un déclin de 3 % par rapport à 1994. En 1998, l'Enquête provinciale sur la consommation de drogues par les élèves a révélé une légère (mais non statistiquement significative) diminution du taux quotidien de tabagisme à 26,2% (28% en 1996). Par ailleurs, plusieurs de ces élèves ont exprimé leur intention de cesser de fumer.

Au cours de l'année financière 1998-1999, un projet de contrôle du tabagisme (prévention et cessation) a été mis en place dans deux écoles secondaires. Les résultats indiquent que les jeunes font bon accueil à un modèle d'aide entre pairs. Diverses façons de donner suite à cette initiative sont à l'étude.

La Santé publique continue de mettre des affiches «Foyers sans fumée» à la disposition des parents par l'entremise de ses bureaux et des hôpitaux. Les infirmières-hygienistes et les nutritionnistes ont reçu la formation requise pour apporter un soutien efficace aux mères qui désirent cesser de fumer.

En 1998, on a mené une deuxième série de «vérifications de la conformité» dans la province en demandant à des jeunes de tenter d'acheter des cigarettes chez des détaillants en tabac.

the overall compliance rate was 56%, while in 1998, 83% of retailers were in compliance (i.e. refused to sell tobacco to youth under 19 years of age). Repeat offenders are subject to further follow-up and possible fines/license suspension.

In March 1999, the department commissioned a series of public opinion polls of residents of cities and some towns in the province, regarding the issue of smoke-free public places. Results indicate that a majority of New Brunswickers support bylaws to restrict smoking in public places, and in fact would visit public places more often if bylaws were in place. The results will be used to encourage municipalities to actively pursue bylaws in this area.

Community Nutrition

Proper nutrition and healthy body weight contribute to good health, and can help prevent chronic diseases such as heart disease, stroke, cancer, diabetes, osteoporosis and eating disorders. The department provides information on good nutrition practices using a range of activities and venues including public education, information for health professionals, community group action, and consultation services for schools regarding nutrition policy and breakfast/lunch programs.

In 1998-99, the department provided over 500 nutrition information sessions for the public and professionals reaching more than 15,000 New Brunswickers. Topics included healthy and economical foods, nutrition during pregnancy and after, healthy eating for seniors, heart health, sports nutrition, cancer prevention, eating disorders, healthy breakfast and osteoporosis. The department also provided nutrition consultation services to approximately 50 schools throughout the province on issues such as breakfast programs, healthy eating, eating disorders and the review of school menus.

Breastfeeding advisory committees in health regions across the province worked with breastfeeding support groups to provide relevant information to doctors and other health professionals, and participated in public awareness campaigns for the promotion and support of breastfeeding.

Nutrition awareness objectives for the department are:

- to increase the proportion of New Brunswickers who use Canada's Food Guide to Healthy Eating; and,
- to reach a target of 80% of New Brunswick mothers who breastfeed, by the year 2003 (in 1998-99, 65% of mothers started breastfeeding).

En 1997, le taux général de conformité des détaillants (ceux qui refusent de vendre des produits du tabac à des jeunes de moins de 19 ans) était de 56%, tandis qu'en 1998, il est passé à 83%. Les récidivistes sont passibles d'un autre suivi et d'amendes ou de suspension de permis.

En mars 1999, le ministère a commandé une série de sondages d'opinion auprès des résidents des villes et de quelques municipalités dans la province portant sur l'interdiction de fumer dans les endroits publics. Les résultats montrent que les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises appuient en majorité de tels règlements et qu'en fait, ils visiteraient plus souvent les endroits publics si ces règlements étaient en place. Ces résultats serviront à inciter les villes et les municipalités à donner suite activement à de tels règlements.

Nutrition communautaire

Une bonne nutrition et un poids-santé sont les ingrédients d'une bonne santé et peuvent aider à prévenir des maladies chroniques comme la cardiopathie, les accidents cérébrovasculaires, le cancer, le diabète, l'ostéoporose et les troubles alimentaires. Le ministère donne des renseignements sur les bonnes habitudes nutritionnelles au moyen de toute une gamme d'activités et de lieux; il offre notamment de l'éducation à la population, des renseignements à l'intention des professionnels de la santé et des groupes d'action communautaire et des services de consultation à l'intention des écoles en ce qui concerne les directives relatives à la nutrition et les programmes de petit déjeuners et de déjeuners.

En 1998-1999, le ministère a donné au grand public et aux intervenants professionnels plus de 500 séances d'information sur la nutrition, qui ont joint plus de 15 000 Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. Ces séances avaient pour thème les aliments sains et économiques, la nutrition pendant et après la grossesse, l'alimentation saine pour les personnes âgées, la nutrition pour un cœur en santé, la nutrition pour les personnes qui pratiquent un sport, la prévention du cancer, les troubles alimentaires, le sain petit déjeuner et l'ostéoporose. Le ministère a également donné des services de consultation en nutrition à environ 50 écoles de la province sur des sujets tels que les programmes de petits déjeuners, la nutrition saine, les troubles alimentaires et la révision des menus scolaires.

Les comités consultatifs pour l'allaitement maternel des régions sanitaires de la province ont oeuvré avec les groupes de soutien à l'allaitement maternel pour fournir des renseignements pertinents aux médecins et autres professionnels de la santé; ils ont également participé à des campagnes de sensibilisation de la population à l'égard de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel.

Le ministère a les objectifs suivants en matière de sensibilisation à la nutrition :

- accroître la proportion de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui utilisent le Guide alimentaire canadien pour manger sainement;
- atteindre, d'ici l'an 2003, l'objectif de 80 % de mères néo-brunswickoises qui pratiquent l'allaitement maternel (en 1998-1999, 65 % des mères ont allaité leur enfant à la naissance).

Sexual Health

The department's sexual health centres provide counselling, clinical services and outreach education to adolescents and single adults aged 20-24. The objective is to reduce unplanned pregnancies and promote good sexual health. Services are provided through regional clinics, and satellite clinics in Grand Falls and St. Stephen. Staff also work with schools, parents and community groups to promote healthy sexual decision-making and reduce teen pregnancy rates.

In fiscal 1998-99, there were 12,033 visits to sexual health centres; 6,476 for counselling and education, and 5,557 for clinical services. Of the total visits, 5,828 were for birth control, and 1,422 were pregnancy related. There were 626 group educational sessions which reached approximately 19,285 people, including 14,701 adolescents.

Santé sexuelle

Les centres de santé sexuelle du ministère offrent du counseling, des services cliniques et de l'éducation externe aux adolescents et aux adultes célibataires âgés de 20 à 24 ans. Ces services ont pour objectif de réduire le nombre de grossesses imprévues et de promouvoir une bonne santé sexuelle. Ils sont offerts par l'entremise de centres régionaux et de bureaux satellites à Grand-Sault et à St. Stephen. Le personnel travaille aussi avec les écoles, les parents et les groupes communautaires en vue de promouvoir une saine prise de décision au plan sexuel et de réduire les taux de grossesse à l'adolescence.

Au cours de l'année financière 1998-1999, 12 033 consultations ont eu lieu aux centres de santé sexuelle : 6 476 dans le but d'obtenir du counseling ou de l'éducation et 5 557 pour bénéficier de services cliniques; 5 828 de ces consultations concernaient la planification des naissances et 1 422 étaient liées à une grossesse. Il y a eu 626 séances d'éducation de groupe qui ont joint près de 19 285 personnes, dont 14 701 adolescents.

Live Births to Teen Mothers (rates per 1,000 population)/
Naissances vivantes chez les adolescentes (taux pour 1 000 habitants)

Age / Âge	1993	1994	1995	1996	1997	1998
15 yrs/ans	6.8	6.7	4.7	4.5	3.8	4.9
16 yrs/ans	17.9	17.7	16.7	13.2	14.2	13.5
17 yrs/ans	31.3	29.3	35.2	24.8	24.4	20.1
18 yrs/ans	39.3	45.6	42.4	40.4	34.8	41.1
19 yrs/ans	56.7	59.3	56.6	49.7	49.1	50.1
All Live Births (Note 4)/ Toutes naissances vivantes (Remarque 4)	49.8	49.7	47.8	45.9	44.9	46.2

Source: New Brunswick Vital Statistics/Bureau des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick
Planning and Evaluation Division/Division de la planification et de l'évaluation

Notes / Remarques:

1. Rates (per 1,000 population) are calculated based on 1992 through 1997 population estimates. / Les taux (pour 1 000 habitants) sont calculés selon les prévisions de la population de 1992 à 1997.
2. The data reflects births in New Brunswick involving residents of New Brunswick. / Les données tiennent compte des naissances chez les résidentes du Nouveau-Brunswick.
3. Rates for 1992 through 1997 are calculated using population estimates by age and sex of New Brunswick residents. / Les taux de 1992 à 1997 sont calculés selon les prévisions par âge et par sexe des résidents du Nouveau-Brunswick.
4. Rates for all live births are calculated using female population estimates by age group (15-44 years). / Les taux pour toutes naissances vivantes sont calculés selon les prévisions de la population féminine et le groupe d'âge (15-44 ans).

Live Births to Teen Mothers by Age, New Brunswick, 1993-1998/ Naissances vivantes chez les adolescentes, par âge, au Nouveau-Brunswick, 1993-1998						
Age/Âge	1993	1994	1995	1996	1997	1998
15 yrs/ans	36	34	24	23	19	25
16 yrs/ans	99	93	85	68	72	67
17 yrs/ans	176	161	185	126	125	102
18 yrs/ans	228	255	232	211	175	212
19 yrs/ans	320	341	315	270	253	252
15-19 yrs/ans	859	884	841	698	644	658
All Live Births/ Toutes naissances vivantes	8,978	8,906	8,513	8,129	7,867	7,830
Births to teens as a percentage of total births/ Naissances chez les adolescentes en pourcentage du total des naissances	9.57	9.93	9.88	8.59	8.19	8.40

Source: New Brunswick Vital Statistics/Bureau des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick.

Genetic Services

The department's prevention services also include genetic testing, pre- and post-natal counselling and consultation to avoid genetic diseases. Services are provided by the Atlantic Research Centre in Halifax (ARC), or by an attending physician.

During the 1998 calendar year,
ARC provided services for:

Biochemical genetics:	100 cases
Antenatal genetics:	336 cases
General genetics:	44 cases
Late-onset disorders:	27 cases

In fiscal 1998-99, the department provided nutrition and dietary management services to 50 clients with PKU, a genetic disorder requiring an extensive diet management and monitoring regimen.

Services relatifs à la génétique

Les services de prévention du ministère comprennent également des services de tests génétiques, des services de counseling prénatal et postnatal et des services de consultation pour éviter les maladies génétiques. Ces services sont offerts par l'Atlantic Research Centre (ARC) de Halifax ou par un médecin traitant.

Au cours de l'année civile 1998, l'ARC a offert des services dans les domaines suivants :

Biochimie génétique :	100 cas
Génétique prénatale :	336 cas
Génétique générale :	44 cas
Troubles d'apparition tardive :	27 cas

Au cours de l'année financière 1998-1999, le ministère a fourni des services de nutrition et de diététique à 50 clients atteints de phénylcétonurie, une maladie génétique qui nécessite une gestion alimentaire très poussée et un régime alimentaire contrôlé.

CORE BUSINESS AREA: (3) PROVISION OF CARE

In this area, the department offers services under several broad categories. Some are "insured" benefits under the Canada Health Act (New Brunswick's Medical Services Payment Act); others are "non-insured". The former are paid for, in part, through federal tax dollars; the latter are supported solely by the taxpayers of New Brunswick.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for New Brunswick residents, and for hospitalization outside the province.

In fiscal 1998-99:

- the number of eligible residents decreased by .91%, from 742,218 in 1997-98 to 735,451 in 1998-99;
- the number of residents who received at least one service from a doctor increased by .18%, from 613,067 to 614,183;
- the total number of services billed to Medicare increased by 2.1%, from 5,195,265 to 5,302,023;
- the average cost per patient increased from \$262.73 to \$270.64, a 3.0% increase.

Medicare ensures New Brunswickers have reasonable access to primary services where they live in the

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : 3) PRESTATION DE SOINS

Dans le domaine de la prestation des soins, le ministère offre des services regroupés sous plusieurs grandes catégories. Certains de ces services représentent des avantages «assurés» en vertu de la Loi canadienne sur la santé (Loi sur le paiement des services médicaux du Nouveau-Brunswick), alors que d'autres ne le sont pas. Les premiers sont en partie remboursés au moyen des recettes fiscales fédérales, les autres sont entièrement financés par les contribuables du Nouveau-Brunswick.

Assurance-maladie

La raison d'être du régime d'Assurance-maladie est d'assurer pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises le paiement des services requis au plan médical et l'hospitalisation à l'extérieur de la province.

Ainsi, au cours de l'année financière 1998-1999 :

- le nombre de résidents admissibles a diminué de 0,91 %, passant de 742 218 en 1997-1998 à 735 451 en 1998-1999;
- le nombre de résidents ayant reçu au moins un service d'un médecin a augmenté de 0,18 %; passant de 613 067 à 614 183;
- le nombre total de services facturés à l'Assurance-maladie a augmenté de 2,1 %, passant de 5 195 265 à 5 302 023;
- le coût moyen par patient est passé de 262,73 \$ à 270,64 \$, soit une augmentation de 3,0 %.

L'Assurance-maladie assure aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises la possibilité de recevoir, dans leur région,

**Physician Movement in New Brunswick 1992-93 to 1998-99//
Variation du nombre de médecins au Nouveau-Brunswick de 1992-1993 à 1998-1999**

Year / Année	General Practice Médecine générale			Specialty Spécialité			Total (Net) Total (net)
	Out/ Départs	In/ Arrivées	Difference/ Variation	Out/ Départs	In/ Arrivées	Difference/ Variation	
1992-93	27	37	10	14	14	0	10
1993-94	17	27	10	14	20	6	16
1994-95	28	33	5	21	35	14	19
1995-96	41	43	2	34	37	3	5
1996-97	22	24	2	19	29	10	12
1997-98	20	30	10	20	25	5	15
1998-99	18	28	10	33	40	7	17
TOTAL	173	222	49	155	200	45	94

Source: Medicare/Assurance-maladie

Note: Fiscal years up to 1993-94 include only those physicians who were paid on a fee-for-service basis.

Remarque : L'exercice financier de 1993-1994 et les exercices précédents n'incluent que les médecins rémunérés à l'acte.

province. Accessibility is measured in two ways: the total number of doctors who provide service, and their distribution throughout the province. In fiscal 1998-99, approximately 380 physicians worked in rural areas, while about 948 provided services in urban settings (Saint John, Moncton, Fredericton, Bathurst, Campbellton, Edmundston and Miramichi). Their number, mix and distribution throughout the province is determined by the department with recommendations from the Physician Resources Advisory Committee.

In 1998, the total number of doctors paid by Medicare continued to increase, especially in health regions that showed low numbers of doctors before the Physician Resources Plan was introduced in 1992. Since implementation of the Plan, there has been a net increase of 94 doctors (see chart on page 31).

In 1998, the Province approved funding for 18 new positions. This brought the number of new positions to 130 since 1992.

Ambulance Services

The department is responsible for the development and maintenance of a balanced and effective network of ambulance services for the population of New Brunswick.

Ambulance services standards introduced in 1993 are currently under review by the Ambulance Services Advisory Committee, with representation from the New Brunswick College of Physicians and Surgeons, the Nurses Association of New Brunswick, the New Brunswick Ambulance Operators' Association, St. John Ambulance-New Brunswick Council, the Department of Education, the Department of Municipalities and Housing, and the Department of Health and Community Services.

In fiscal 1998-99, the department focused on the continued implementation of a comprehensive, integrated ambulance service system, the framework of which had been introduced in 1992-93 and revised through the funding and administration policy announced in February 1997.

Sixty-two service inspections were carried out; as well 65 follow-up inspections of 54 ambulance services were completed. One hundred and thirty-two vehicle inspections and 173 follow-up vehicle inspections were also completed. Two ambulance services licences were terminated as a result of a decision by the service to cease operations, and two replacement licences were issued. Twenty-five complaints were received and reviewed regarding ambulance services delivery. An improved system for management of complaints in regard to service delivery was implemented.

Construction Services

Hospital construction projects included the completion of renovations at the Lamèque facility to implement the shared practice approach. Renovations were completed to a psychiatric unit at the Restigouche Hospital Centre as well as to the psychiatric unit at the Campbellton Regional hospital.

des services de soins primaires. L'accessibilité est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Pendant l'année financière 1998-1999, environ 380 médecins desservait les régions rurales, tandis que 948 médecins desservait les régions urbaines (Saint-Jean, Moncton, Fredericton, Bathurst, Campbellton, Edmundston et Miramichi). Le ministère établit le nombre, la composition et la répartition des médecins dans la province à la lumière des recommandations du Comité consultatif sur les ressources médicales.

En 1998, le nombre total de médecins rémunérés par l'Assurance-maladie a continué d'augmenter, particulièrement dans les régions sanitaires où le nombre de médecins était bas avant la mise en œuvre du Plan de gestion des ressources médicales en 1992. On a assisté, depuis, à une augmentation nette de 94 médecins (voir le tableau à la page 31).

En 1998, le gouvernement a alloué les fonds nécessaires pour l'embauche de 18 nouveaux médecins, ce qui porte à 130 le nombre de nouveaux postes depuis 1992.

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de la mise sur pied et du maintien d'un réseau équilibré et efficace de services d'ambulance pour la population du Nouveau-Brunswick.

Les normes sur les services d'ambulance établies en 1993 font actuellement l'objet d'une révision par le Comité consultatif des services d'ambulance, auquel siègent des représentants du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, de l'Association des Opérateurs Ambulanciers du Nouveau-Brunswick, de la division néo-brunswickoise de l'Ambulance Saint-Jean, du ministère de l'Éducation, du ministère des Municipalités et de l'Habitation et du ministère de la Santé et des Services communautaires.

En 1998-1999, le ministère a concentré ses efforts sur la poursuite de la mise en œuvre d'un réseau complet et intégré de services d'ambulance, dont le cadre avait été établi en 1992-1993 et révisé par la politique financière et administrative annoncée en février 1997.

On a effectué un total de 62 inspections primaires; on a également effectué 65 inspections de suivi de 54 services d'ambulance. On a aussi réalisé 132 inspections primaires de véhicule et 173 inspections de suivi de véhicule. Deux permis de services d'ambulance ont été retirés à la suite d'une décision des services en question de mettre fin à leur exploitation et deux permis de remplacement ont été délivrés. On a également reçu et examiné 25 plaintes concernant la prestation des services d'ambulance. Et enfin, on a également mis en œuvre un système amélioré de traitement des plaintes relativement à la prestation des services.

Services de construction

Parmi les projets de construction des hôpitaux, mentionnons l'achèvement des rénovations de l'établissement de Lamèque qui permettront la mise en œuvre d'une démarche de pratique complémentaire. On a également achevé les rénovations d'une unité psychiatrique au Centre hospitalier Restigouche de même que de l'unité psychiatrique de l'Hôpital régional de Campbellton.

Planning was completed and conceptual design was prepared for a major addition at the Dr. Everett Chalmers hospital to relocate rehabilitation services from the Stan Cassidy Centre. Similar planning, as well as conceptual design, was also prepared for a major addition to the Moncton Hospital to consolidate the Ambulatory Care clinics and to relocate and expand the laboratory.

Site preparation and building renovations were completed at the Dr. Everett Chalmers Hospital and Edmundston Regional Hospital to accommodate the introduction of the Mobile Resonance Imaging (MRI) Services scheduled to begin in June 1999.

A variety of small projects were also completed, the most significant ones included: the installation of sprinklers at the Dr. Everett Chalmers Hospital; the completion of the demolition of the former Hotel Dieu Hospital in Chatham; renovations to improve Ambulatory Care at the Dalhousie Hospital; and renovations to relocate the Extra Mural offices within the Moncton, Bathurst and Miramichi hospitals.

Hospital Services

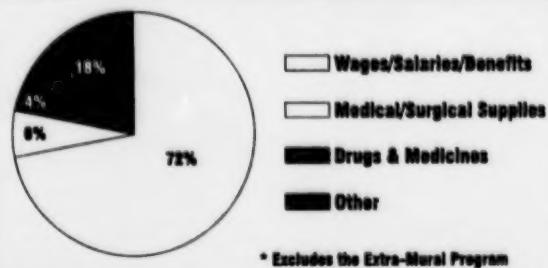
The Hospital Services Branch of the department is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the people of New Brunswick. This includes responsibility for:

- maintaining the Hospital System Master Plan;
- approval of new or improved hospital services;
- development and maintenance of hospital program standards;
- funding and monitoring of the ongoing operational needs of the eight region hospital corporations with their 51 health care facilities, and the Extra-Mural program.

Restructuring activities undertaken in previous years to bring about improved operational efficiencies in the hospital system continued in fiscal 1998-99.

Recognizing the extent of financial pressures on the hospital system, and to avoid severe financial shortfalls, an additional funding of \$7.4 million to the region hospital corporations was approved in 1998-99.

Distribution of Hospital Expenditures* 1998-99



On a terminé la planification et on a maintenant préparé la conception en vue d'un important agrandissement à l'hôpital D' Everett Chalmers pour y déménager des services de réadaptation du Centre Stan Cassidy. On a également effectué les travaux de planification et de conception pour un important agrandissement à l'Hôpital de Moncton dans le but de regrouper les services cliniques des soins ambulatoires et de déménager et agrandir le laboratoire.

La préparation du site et les rénovations de l'immeuble ont été achevées à l'hôpital D' Everett Chalmers et à l'Hôpital régional d'Edmundston dans le but d'y aménager les Services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) prévus pour juin 1999.

On a également mis la dernière main à divers petits projets, les plus importants étant les suivants : l'installation d'extincteurs automatiques à l'hôpital D' Everett Chalmers, l'achèvement des travaux de démolition de l'ancien hôpital Hôtel-Dieu à Chatham, les rénovations en vue d'améliorer les soins ambulatoires à l'hôpital Dalhousie et les rénovations en vue de déménager les bureaux du Programme extra-mural dans les hôpitaux de Moncton, Bathurst et Miramichi.

Services hospitaliers

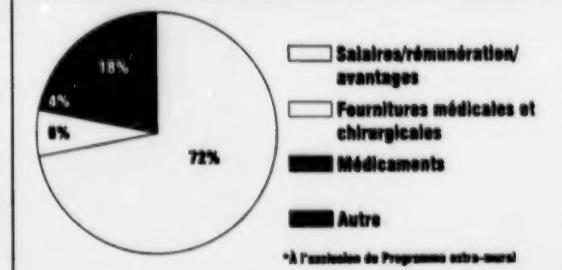
La Direction des services hospitaliers du ministère est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- la mise à jour du Plan directeur du réseau hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers;
- le suivi des besoins opérationnels dans le cadre des activités courantes des huit corporations hospitalières régionales, y compris leurs 51 établissements de soins de santé, et du Programme extra-mural (PEM), ainsi que le financement nécessaire.

Les activités de restructuration mises de l'avant au cours des années précédentes en vue d'améliorer l'efficience opérationnelle du réseau se sont poursuivies en 1998-1999.

Conscient de l'ampleur des pressions financières exercées sur le réseau hospitalier et pour éviter des manques à gagner importants, le ministère a injecté des fonds additionnels de 7,4 millions de dollars dans les corporations hospitalières régionales pour l'exercice 1998-1999.

Répartition des frais hospitaliers* 1998-1999



Hospital Facilities – assorted data

	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99*
Staff (F.T.E.)	11,781	11,997	11,668	11,558	11,851
Maximum allowable beds(1)	3,810	3,810	3,453	3,453	3,453
Total Operative Procedures	84,681	87,897	87,783	91,038	96,583
Operative Procedures – Day Surgery	35,328	38,498	38,749	41,405	47,460
Emergency Visits (2)	847,761	823,114	800,685	757,752	722,099
Total Length of Stay (3)	980,073	918,900	865,222	879,290	836,191
Separations (3)	117,951	116,993	113,377	113,602	104,873
Average Length of Stay (Days) (3)	8.3	7.9	7.6	7.7	8.0
Average Occupancy (%) (4)	70	66	69	70	66
Gross Expenditures (M)	624.5	634.3	641.0	640.2	667.0
Average Cost per Patient Day	\$613	\$666	\$723	\$753	\$798
Average Cost per Separation	\$4,919	\$5,049	\$5,337	\$5,724	\$6,360

*Preliminary Data

Notes:

- Includes tertiary service beds. Excludes alc/drug, hostel, tertiary psychiatry, DVA, federal government beds.
- Emergency Visits from 1994/95 to 1996/97 do not match DHCS Annual Report of previous years due to auditing and revisions completed in January 1999. The decline in ER visits between 96/97 and 97/98 is due, in part, to changes in reporting of ER and clinic visits, implemented through a data quality process in May 1999.
- Includes: acute, rehab, extended, tertiary services (except psych.); Excludes: newborns, stillborns, alc/drug, hostel, DVA and contract beds.
- Calculated using maximum allowable beds.

To enhance consistency with other reporting requirements, the following categories have been amended: Total Days Stay has been changed to Total Length of Stay; Surgical Procedures has been renamed Operative Procedures as per the CIHI Discharge Abstract Database; Length of Stay and Separations for all years reported now exclude newborns and stillborns; and Average Length of Stay (Total Length of Stay divided by separations) has been recalculated with the new values.

Etablissements hospitaliers - données variées

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999*
Personnel (ÉTP)	11 781	11 997	11 668	11 558	11 851
Nombre de lits maximum permis(1)	3 810	3 810	3 453	3 453	3 453
Interventions chirurgicales totales	84 681	87 897	87 783	91 038	96 583
Interventions chirurgicales B chirurgie d'un jour	35 328	38 498	38 749	41 405	47 460
Visites aux services d'urgence (2)	847 761	823 114	800 685	757 752	722 099
Durée de séjour totale (3)	980 073	918 900	865 222	879 290	836 191
Congés (3)	117 951	116 993	113 377	113 602	104 873
Durée moyenne de séjour (jour) (3)	8,3	7,9	7,6	7,7	8,0
Taux moyen d'occupation (%) (4)	70	66	69	70	66
Dépenses brutes(M \$)	624,5	634,3	641,7	640,2	667,0
Coût moyen par jour-patient	\$613 \$	\$666 \$	\$723 \$	\$753 \$	\$798 \$
Coût moyen par congé	4 919 \$	5 049 \$	5 337 \$	5 724 \$	6 360 \$

* Données préliminaires

Remarques :

- Comprend les lits de services tertiaires aigus. Exclut les lits de traitement des dépendances, d'auberge, de services psychiatriques tertiaires, du ACC et du gouvernement fédéral.
- Les visites d'urgence des exercices 1994-1995 à 1996-1997 ne correspondent pas au rapport annuel du MSSC des années antérieures en raison d'une vérification et de révisions effectuées en janvier 1999. La diminution du nombre de visites aux services d'urgence entre 1996-1997 et 1997-1998 est partiellement attribuable à des modifications des modalités de rapport sur les visites à l'urgence et les visites cliniques qui ont été apportées dans le cadre d'un processus sur la qualité des données en mai 1999.
- Comprend les services aigus, de réadaptation, de longue durée et tertiaires (à l'exception des services psychiatriques). Exclut les nouveau-nés, les mortuaissances, le traitement des dépendances, l'auberge, les lits ACC et les lits réservés.
- Établi en fonction du nombre maximum de lits autorisés.

Pour améliorer l'uniformité et la compatibilité avec d'autres exigences en matière de rapport, les catégories suivantes ont été modifiées : les durées de séjour et les congés pour toutes les années visées par le rapport excluent maintenant les nouveau-nés et les mortuaissances; la durée moyenne de séjour (durée de séjour totale divisée par les congés) a été recalculée en fonction des nouvelles valeurs.

**New Brunswick Region Hospital Corporations/
Corporations hospitalières régionales du Nouveau-Brunswick**

Maximum Allowable Beds, by type/Nombre maximal de lits approuvés par type

Region/ Région	Acute care/ Soins aigus	Rest and Extd Care/ Soins anaéptiques et de longue durée	Tert. Care/ Soins tertiaires	Alc. Drug/ Traitement des dépendances	DVA/ ACC	Psyc hosp/ Hôpital psychiatrique	Other/ Autres	Total
1(B)	320	55	25	0	40	0	0	440
1(SE)	435	70	48	18	0	0	2	573
2	725	123	85	90	80	145	0	1,248
3	620	43	20	16	47	0	0	746
4	190	25	0	10	0	0	0	225
5	145	25	0	20	20	195	0	405
6	300	33	0	10	0	0	0	343
7	143	23	0	10	0	0	0	176
Total	2,878	397	178	174	187	340	2	4,156

Source: Hospital Utilization and Financial Management System/Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

Responding to the continued requirements for transparency and improved public understanding of health care issues, the Performance Indicator Project was initiated. Over 100 persons actively engaged in the region hospital corporations have been involved under the general direction of the Provincial Utilization Management Coordination Committee. It is anticipated that in 1999/2000 government will adopt an overall accountability framework; performance indicators will be a significant element linked to the framework.

The Interdisciplinary Team / Shared Practice (IT/SP) initiative intended to improve access to quality primary health care in the communities of Grand Manan, Saint-Quentin and Lamèque continued in 1998-99. The IT/SP concept provides an opportunity to demonstrate a hospital-based approach to addressing client needs in the ambulatory care setting. The goals are to:

1. ensure coordinated care for individuals with acute and chronic conditions;
2. promote collaboration among health professionals in the planning and delivery of hospital-based ambulatory care services; and,
3. promote an intersectoral approach to the planning and delivery of required health promotion services.

All sites started phase I (shared practices protocols in the Emergency Room), with the Lamèque site having realized the most progress. The first chronic care protocol was completed but has yet to be approved and implemented in any of the sites.

En réponse aux exigences constantes de transparence et d'amélioration de la compréhension du public des enjeux des soins de santé, on a lancé le Projet des indicateurs de rendement. Plus de 100 personnes oeuvrant activement dans les corporations hospitalières régionales ont participé à cette initiative sous l'orientation générale du Comité coordonnateur provincial de la gestion de l'utilisation. On prévoit qu'en 1999-2000, le gouvernement adoptera un cadre global de responsabilisation au sein duquel les indicateurs de rendement constitueront un élément important.

L'élaboration du projet d'équipe interdisciplinaire et de pratique complémentaire s'est poursuivie en 1998-1999 pour améliorer l'accès à des soins de santé primaires de qualité dans les collectivités de Grand Manan, Saint-Quentin et Lamèque. Le concept offre l'occasion d'adopter une démarche hospitalière pour répondre aux besoins des clients des services de consultation externe. Les objectifs sont :

1. d'assurer des soins coordonnés aux personnes souffrant de troubles aigus et chroniques;
2. de favoriser la collaboration entre les divers professionnels de la santé en ce qui a trait à la planification et à la prestation de soins hospitaliers dans le cadre de services de consultation externe;
3. de promouvoir une démarche intersectorielle dans la planification et la prestation des services nécessaires en matière de promotion de la santé.

Tous les sites ont amorcé la phase 1 (protocoles de la pratique complémentaire dans les services d'urgence), le site de Lamèque ayant réalisé le plus de progrès. Le premier protocole de soins chroniques a été élaboré, mais il n'a pas encore été approuvé ni appliqué dans aucun des sites.

Addiction Services

The first set of Standards for Addiction Services were completed and distributed to the region hospital corporations. Additionally, problem gambling continues to receive a focus with advanced training in Solution Focused Counselling being provided to all Outpatient Counsellors. For the first time, all detox staff in the seven Regional Addiction Services offices within the province was provided with one-day workshops to enhance their Gambling Help-Line skills. All regions are also in the process of having their Youth Addiction Services Program reviewed in order to ensure the replication of the New Brunswick Youth Treatment model that achieved highly successful outcomes during its pilot stage.

Cancer Services

The provincial Cancer Services Advisory Committee presented an action plan concerning the delivery of cancer services in the province to the Minister in October 1998, and the Government endorsed the recommendations. Hospital Services will steer the design phase of service delivery to be completed during 1999-2000.

Breast cancer screening services, which were initiated in 1995, continued to be offered at 15 sites throughout the province. These services provide mammography screening, as well as breast health education, and are targeted to women between the ages of 50 and 69 who have no symptoms of breast cancer. In 1998-99, a total of 30,865 mammography screenings were completed.

Number of mammography screenings per region

Region Hospital Corporation	1997-98*	1998-99
1 (Beauséjour)	2,318	4,133
1 (Southeast)	4,097	4,735
2	8,336	8,910
3	5,681	6,088
4	1,422	2,388
5	956	1,450
6	1,523	1,624
7	433	1,537
Total	24,766	30,865

*Note: The total number of exams reported for 1997-98 in last year's annual report was based on preliminary data and was slightly higher than the final, confirmed total reported here.

The department continues to monitor this service to ensure provincial standards are being met, and to evaluate service effectiveness and health outcomes. In the fall of 1998, the department established a Provincial Steering Committee for Breast Cancer Screening Services to ensure a unified, consistent approach relative to the delivery of screening services and to provide a provincial forum/network to review, discuss

Services de traitement des dépendances

Le premier recueil de normes sur les services de traitement des dépendances a été élaboré et distribué aux corporations hospitalières régionales. En outre, le problème de la dépendance à l'égard du jeu continue à retenir l'attention, une formation avancée en matière de counseling axé sur les solutions étant offerte à tous les conseillers des services externes. Pour la première fois, tous les membres du personnel des services de désintoxication dans les sept bureaux des services régionaux de traitement des dépendances de la province ont assisté à des ateliers d'une journée afin d'améliorer leurs techniques de communication dans leurs interventions sur les lignes d'aide téléphonique pour la dépendance à l'égard du jeu. Toutes les régions sont également en train de réviser leur programme de services de traitement des dépendances à l'intention des jeunes afin de s'assurer de reproduire le modèle de traitement des jeunes du Nouveau-Brunswick qui a obtenu d'excellents résultats à l'étape du projet pilote.

Services de lutte contre le cancer

En octobre 1998, le comité consultatif provincial sur les services de lutte contre le cancer a présenté au ministre un plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer au sein de la province et le gouvernement a entériné les recommandations. Les Services hospitaliers dirigeront la phase de la conception de la prestation des services qui doit être réalisée au cours de l'exercice 1999-2000.

Les services de dépistage du cancer du sein, qui ont été lancés en 1995, continuent à être offerts dans quinze emplacements répartis dans l'ensemble de la province. On y offre un service de mammographie de même que des services d'information sur la santé mammaire à l'intention des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ne manifestent aucun symptôme. En 1998-1999, 30 865 mammographies ont été réalisées.

Nombre d'examens de dépistage du cancer du sein réalisés dans chaque région

Corporation hospitalière régionale	1997-1998*	1998-1999
1 (Beauséjour)	2 318	4 133
1 (Sud-est)	4 097	4 735
2	8 336	8 910
3	5 681	6 088
4	1 422	2 388
5	956	1 450
6	1 523	1 624
7	433	1 537
Total	24 766	30 865

* Remarques : Veuillez noter que le nombre total d'examens signalés pour l'exercice 1997-1998 dans le rapport annuel de l'année dernière reposait sur des données préliminaires et qu'il était légèrement plus élevé que le total définitif confirmé dans le présent rapport.

Le ministère continue d'assurer un suivi de ce service afin de veiller au respect des normes provinciales et d'évaluer l'efficacité des services et les résultats en matière de santé. À l'automne de 1998, le ministère a mis sur pied un comité de direction provincial sur les services de dépistage du cancer du sein afin de garantir une démarche uniformisée et cohérente en matière de prestation de services de dépistage et pour doter la province d'un forum et d'un réseau dont le mandat serait de

Extra-Mural Program – assorted data

	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99*
Staff (FTE) (1)	522	522	527	590	592
Separations (2)	13,281	12,523	10,866	11,972	12,680
Nursing Visits	274,606	270,816	270,145	275,586	295,817
Rehab. Visits (3)	33,367	33,411	34,107	64,080	93,459
Other Visits (4)	40,055	38,957	40,457	42,587	43,522
Total Visits	348,028	343,184	344,709	382,253	432,798
Gross Expenditures (\$M) (1)	\$29.7	\$29.9	\$28.6	\$31.7	35.5
Average Cost / Visit	\$85	\$87	\$83	\$83	\$82
Average Cost / Separation	\$2,304	\$2,388	\$2,632	\$2,662	\$2,806

Source: Hospital Utilization and Financial Management System and Unit Information System. * Preliminary data.

Notes:

1. Increase attributable to the implementation of the Rehab Services Plan.
2. Does not match numbers in last year's annual report due to final reviews of years 1994/95, 1996/97 and 1997/98.
3. Includes occupational therapy and physiotherapy. Speech pathology added to program in 1997/98.
4. Includes social work, clinical nutrition, respiratory therapy.

Categories have been amended to reflect the on-going development of the EMP. Only professional visits are captured and non-admitted patients' visits are now included (e.g. Single Entry Point). For consistency, previous years have also been amended.

Programme extra-mural - données variées

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-99*
Personnel (ÉTP) (1)	522	522	527	590	592
Congés (2)	13,281	12,523	10,866	11,972	12,680
Consultations de soins infirmiers	274,606	270,816	270,145	275,586	295,817
Consultations en réadaptation(3)	33,367	33,411	34,107	64,080	93,459
Autres consultations (4)	40,055	38,957	40,457	42,587	43,522
Total des consultations	348,028	343,184	344,709	382,253	432,798
Dépenses brutes (M \$) (1)	29.7	29.9	28.6	31.7	35.5
Coût moyen par Consultation	\$85	\$87	\$83	\$83	\$82
Coût moyen par congé	\$2,304	\$2,388	\$2,632	\$2,662	\$2,806

Source : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière et Système d'information sur les unités

*Données préliminaires

Remarques :

1. L'augmentation est attribuable à la mise en oeuvre du Plan des services de réadaptation.
2. Ne correspond pas aux chiffres figurant dans le rapport annuel de l'an dernier par suite de révisions pour les années 1994-1995, 1996-1997 et 1997-1998.
3. Comprend l'ergothérapie et la physiothérapie. L'orthophonie a été ajoutée au programme en 1997-1998.
4. Comprend le travail social, la nutrition clinique et l'halothérapie.

Veuillez prendre note que les catégories ont été modifiées afin de tenir compte de l'évolution constante du PEM. Seules les consultations professionnelles sont comprises. Les consultations à l'égard des patients qui ne sont pas résidents dans un établissement sont maintenant incluses dans les données, comme par exemple le Programme de point d'entrée unique. Les données des années antérieures ont aussi été modifiées pour des raisons d'uniformité.

and plan strategies on matters of mutual interest and concern. This Committee is comprised of representation from all region hospital corporations, the Canadian Cancer Society-NB Division, and the department.

Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program is a provincial home healthcare program that provides comprehensive healthcare services to New Brunswickers in their home and/or community. The Extra-Mural Program provides quality healthcare services through professional service providers including: clinical nutritionists, nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory therapists, social workers and speech language pathologists.

Home care nursing services are provided on a 24 hour per day/7 days per week basis through actual nursing shifts or, at a minimum, on-call services of a nurse.

Support services, primarily homemaking services, are provided on a limited, purchased service basis when required. The majority of support services are accessed through the Family and Community Social Services Division of the department.

As an integral part of the healthcare system, the Extra-Mural Program is involved in a variety of partnerships with external agencies and service providers in order to provide comprehensive services to clients within their home/community.

Organ Procurement

The calendar year 1998 saw a slight decrease in the number of actual donors in the province. The same time period however saw a significant increase in the numbers of patients awaiting a transplant.

	1997	1998
Donors Referred	61	56
Actual Donors	57	48
Multi-Organ Donors	13	10
Tissue Donors	44	38

Organs / Tissues Procured

	1997	1998
Heart	4	6
Liver	11	8
Lungs	0	0
Heart for Valves	8	2
Kidney	26	20
Pancreas	1	0
Cornea	100	80
Bone	2	3

Transplant Recipients

	1997	1998
Kidney Recipients (Total)	26	19
Cadaver Donor Transplant	20	6
Live Donor Transplant	6	13
Heart Recipients	5	0
Liver Recipients	4	3
Pancreas Transplant	0	0
Lung Recipients	0	0

réviser, de discuter et de planifier les stratégies sur les questions suscitant des préoccupations et un intérêt mutuels. Ce comité comporte une représentation de toutes les corporations hospitalières régionales, de la Société canadienne du cancer B Division du Nouveau-Brunswick et du ministère.

Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme provincial de soins de santé à domicile qui offre des services de soins de santé complets à l'intention des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à leur domicile ou au sein de leur collectivité. Le Programme extra-mural offre des services de soins de santé de qualité qui sont dispensés par des professionnels, notamment des nutritionnistes cliniques, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes.

Des services de soins infirmiers à domicile sont offerts tous les jours, 24 heures sur 24, moyennant des quarts de services infirmiers, ou, au minimum, des services sur appel dispensés par une infirmière ou un infirmier.

Des services de soutien, particulièrement des services d'auxiliaire familiale, sont offerts au besoin, sur une base limitée, sous forme de services contractuels. Pour la plupart, les services de soutien sont accessibles par l'entremise de la Division de la famille et des services sociaux communautaires du ministère.

Faisant partie intégrante du système de soins de santé, le Programme extra-mural participe à divers partenariats avec des organismes externes et des dispensateurs de services en vue d'offrir des services complets aux clients à leur domicile ou au sein de leur collectivité.

Dons d'organes

L'année civile 1998 a connu une légère diminution du nombre de donneurs réels dans la province. On a toutefois constaté pour la même période une augmentation importante du nombre de patients en attente d'une greffe.

	1997	1998
Donneurs aiguillés	61	56
Donneurs réels	57	48
Donneurs d'organes multiples	13	10
Donneurs de tissus	44	38

Organes/tissus donnés

	1997	1998
Coeur	4	6
Foie	11	8
Poumons	0	0
Cœur pour les valvules cardiaques	8	2
Rein	26	20
Pancréas	1	0
Cornée	100	80
Tissus osseux	2	3

Receveurs

	1997	1998
Reins (Total)	26	19
Greffé prélevée sur un cadavre	20	6
Greffé de donneur vivant	6	13
Coeur	5	0
Foie	4	3
Greffé du pancréas	0	0
Poumons	0	0

Patients Awaiting Transplant (on December 31st)

	1997	1998
Heart	0	0
Heart/Lung	1	1
Liver	4	10
Kidney	56	77
Lung	1	3
Liver/Kidney	0	1
Pancreas	0	2
Kidney/Pancreas	0	1

Psychiatric Units in Regional Hospitals

Each regional hospital facility includes a psychiatric unit. A special unit for children and adolescents is located in Moncton and serves the entire province. The regional psychiatric units provide in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and community mental health centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals.

Two psychiatric hospitals provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to-long term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre serves mainly francophone Regions 1 (Beauséjour), 4, 5, 6 and 7. Centracare serves mainly anglophone Regions 1 (Southeast), 2, 3 and 7. The Restigouche Hospital Centre provides specialized long term forensic services and observation/treatment of high security cases for the entire province. The two hospitals function as: a specialized in-patient resource for other mental health services; a support centre for evaluation, research and mental health training; and a provider of psychiatric telephone consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps.

Hospital patients who no longer need tertiary (high level) services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment.

Rehabilitation Services Plan

An evaluation of the implementation the Rehabilitation Services Plan (RSP), introduced in 1994, has been designed using Health Transition Funding from Health Canada. Evaluation activities will be carried out over the 1999/2000-year period with a complete report planned for August 2000.

Tertiary (high level) services are a significant component of the RSP. The Stan Cassidy Centre for Rehabilitation is the designated provincial tertiary rehabilitation centre under the RSP and is receiving additional funding on an ongoing basis to develop the scope of tertiary services offered. As part of an overall evaluation of the

Patients en attente d'une greffe (au 31 décembre)

	1997	1998
Coeur	0	0
Cœur-poumons	1	1
Foie	4	10
Rein	56	77
Poumons	1	3
Foie-rein	0	1
Pancréas	0	2
Rein-pancréas	0	1

Unités psychiatriques des hôpitaux régionaux

Chaque hôpital régional comporte une unité psychiatrique. En outre, une unité spéciale accueillant les enfants et les adolescents de la province est située à Moncton. Les unités psychiatriques des hôpitaux régionaux permettent l'hospitalisation et la prestation de soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients adressés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, et des séances de formation sur la santé mentale destinées à différents membres du personnel clinique hospitalier et à d'autres professionnels.

Deux hôpitaux psychiatriques offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant une hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche sert principalement la population francophone des régions 1 (Beauséjour), 4, 5, 6 et 7, alors que Centracare sert principalement la population anglophone des régions 1 (Sud-Est), 2, 3 et 7. Le Centre hospitalier Restigouche offre des services spécialisés de longue durée en matière de psychiatrie légale en plus d'être un centre provincial d'observation et de traitement pour les cas nécessitant un milieu à sécurité élevée. Les deux hôpitaux servent de centres spécialisés où les autres services de santé mentale peuvent adresser les cas nécessitant une hospitalisation, en plus d'offrir un soutien en matière d'évaluation, d'assurer les activités de recherche et de formation relatives à la santé mentale, et d'accorder des consultations téléphoniques dans le domaine de la psychiatrie et un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement.

Une fois que les patients des hôpitaux ne nécessitent plus de soins tertiaires (soins de niveau élevé), ils réintègrent la communauté, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale.

Plan des services de réadaptation

On a procédé à une évaluation de la mise en œuvre du Plan des services de réadaptation (PSR) qui avait été lancé en 1994, en utilisant des fonds de transition en matière de santé en provenance de Santé Canada. Les activités d'évaluation se poursuivront au cours de la période de 1999-2000, un rapport complet étant prévu pour août 2000.

Les services tertiaires (services de niveau élevé) constituent un élément important du PSR. Le Centre de réadaptation Stan Cassidy est le centre provincial désigné pour la réadaptation tertiaire en vertu du PSR et il bénéficie de fonds additionnels sur une base continue afin d'élargir la gamme des services tertiaires offerts. Dans le cadre d'une évaluation globale de la

RSP implementation, plans were finalized in 1998-99 for an evaluation of the Centre's tertiary role implementation.

Surgical Waiting Lists

Waiting lists for surgical procedures increased from 12,453 cases at March 31, 1998, to 13,132 cases at March 31, 1999. This represents a 5.5% increase.

mise en œuvre du PSR, des plans ont été élaborés en 1998-1999 en vue de réaliser une évaluation de la mise en œuvre du rôle tertiaire du Centre.

Listes d'attente pour une intervention chirurgicale

Les listes d'attente pour une intervention chirurgicale ont augmenté, passant de 12 453 cas au 31 mars 1998 à 13 132 cas au 31 mars 1999, ce qui représente une hausse de 5,5%.

Region Hospital Corporation Surgical Waiting Lists

Listes d'attente pour une intervention chirurgicale par corporation hospitalière régionale

As at March 96 to March 99/De mars 1996 à mars 1999

Corporation	Mar-96	Sep-96	Mar-97	Sep-97	Mar-98	Sep-98	Mar-99
1SE	2,377	2,399	1,901	1,998	1,803	2,153	2,134
1B	1,865	1,480	1,728	1,936	2,227	2,031	2,641
2	3,199	3,485	2,957	3,283	3,117	3,348	3,432
3	2,434	2,403	2,253	2,429	2,155	2,416	2,331
4	677	610	482	365	484	665	651
5	860	212	349	502	501	340	294
6	2,145	1,718	1,887	2,002	1,612	1,630	1,259
7	261	200	371	537	554	387	390
Provincial	13,818	12,507	11,928	13,052	12,453	12,970	13,132

Number Per 1,000 Population/Nombre par 1 000 habitants:

Corporation	†Mar 96	‡Sep 96	‡Mar 97	*Sep 97	*Mar 98	*Sep 98	*Mar 99
1SE	19.4	19.7	15.6	16.3	14.7	17.5	17.4
1B	21.7	17.3	20.2	23.2	26.7	24.3	31.6
2	16.5	17.2	14.6	16.9	16.1	17.3	17.7
3	14.8	14.5	13.6	14.7	13.0	14.6	14.1
4	13.3	11.9	9.4	7.3	9.7	13.3	13.0
5	22.8	5.5	9.0	12.9	12.8	8.7	7.5
6	27.1	21.7	23.9	25.2	20.3	20.5	15.9
7	6.7	4.7	8.8	12.8	13.2	9.2	9.3
Provincial	17.9	15.9	15.2	16.8	16.0	16.7	16.9

Source: Hospital Utilization and Financial Management System/Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

Note/Remarque:

† - calculated using 1995-96 Service Population/Calculé selon les données sur la population desservie en 1995-1996

‡ - calculated using 1996-97 Service Population/Calculé selon les données sur la population desservie en 1996-1997

* - calculated using 1997-98 Service Population/Calculé selon les données sur la population desservie en 1997-1998

Current service populations are unavailable at the time of publication of this report. Therefore, 96/97 service population figures were used for the Sep 98 and Mar 99 ratios. These will be updated as population data are available and any changes will be reflected in next year's report./Les chiffres actuels sur les populations desservies n'étaient pas disponibles au moment de la préparation du rapport. Par conséquent, les chiffres de l'année 1996-97 ont été utilisés pour calculer les ratios de septembre 1998 et mars 1999. Ces ratios seront mis à jour dès que les chiffres sur la population desservie seront disponibles et les modifications seront reflétées dans le rapport annuel de l'an prochain

Community Mental Health

Out-of-home support for clients in the area of mental health is provided through 13 community mental health centres in the province's seven health regions.

Community Mental Health Centres' role is to:

- coordinate local mental health services and to be a primary point of entry for mental health services;
- identify, assess, refer and function as gate-keeper for non-emergency psychiatric hospitalization;
- case manage (functional assessments, service planning, coordination of treatment, linkages to other service providers/outreach);
- provide crisis/emergency services;
- provide psychiatric assessment, diagnosis and treatment for adults and seniors with serious mental disorders;
- provide rehabilitation training, social skills, occupational therapy, vocational counselling; and,
- provide service to children and families (assessment, diagnosis, treatment) for severely disturbed children and adolescents, as well as children suffering from emotional and adjustment problems.

In fiscal 1998-99, 13,459 individuals were referred to community mental health centres for assessment and follow up.

Long Term Care Services

Long Term Care (LTC) refers to a range of personal support, physical, social, and mental health services needed by New Brunswickers who, because of functional limitations, must have help to live as independently as possible. The objective is to provide appropriate long term care services at the appropriate time and in the appropriate place within the overall continuum of care. Long term care services are a multi-disciplinary initiative involving Mental Health Services, Nursing Home Services, the Extra Mural Program and Family and Community Social Services.

As part of its range of long term care service, the department maintains a balanced system of community-based and institutional mental health services. The intent is to provide appropriate clinical treatment, and, wherever feasible, services to help reintegrate and maintain the individual in the community.

The department provides long term care services to clients with major mental illness through 13 community based multidisciplinary teams and two psychiatric hospitals. Among the services provided are assessment, treatment, case management, and

Services de santé mentale communautaires

Un soutien hors domicile en matière de santé mentale est offert dans 13 centres de santé mentale communautaires répartis dans les sept régions sanitaires de la province.

Le rôle des centres de santé mentale communautaires est de :

- coordonner les services de santé mentale offerts à l'échelle locale et servir de principal point d'entrée pour les services de santé mentale;
- reconnaître, évaluer et adresser les cas et contrôler les admissions dans les unités psychiatriques pour les cas où l'hospitalisation est non urgente;
- assurer la gestion des cas (évaluations des capacités fonctionnelles, planification des services, coordination du traitement, liaison avec d'autres dispensateurs de services et intervenants de la collectivité);
- offrir des services d'urgence/en situation de crise;
- procéder à une évaluation psychiatrique des adultes atteints de troubles mentaux importants, y compris les personnes âgées, établir un diagnostic et offrir un traitement;
- offrir des services de réadaptation, d'ergothérapie et d'orientation professionnelle et favoriser l'acquisition d'habiletés sociales;
- offrir des services aux enfants et à leur famille (évaluation, établissement d'un diagnostic et traitement) dans le cas des enfants et des adolescents atteints de troubles graves et des enfants ayant des problèmes de nature affective et des difficultés d'adaptation.

En 1998-1999, 13 459 personnes ont été adressées à un centre de santé mentale communautaire aux fins d'évaluation et de suivi.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée (SLD) englobent une gamme de services de soutien personnel, physique, social et mental s'adressant aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui, en raison de limitations fonctionnelles, ont besoin d'aide pour vivre de la façon la plus autonome possible. L'objectif est de fournir les soins de longue durée appropriés au bon endroit et en temps opportun, et ce, dans le contexte global du continuum de soins. Les soins de longue durée consistent en une démarche multidisciplinaire faisant appel aux Services de santé mentale, aux Services des foyers de soins, au Programme extra-mural et à la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

Dans le cadre des services de soins de longue durée, le ministère assure le fonctionnement d'un réseau équilibré de services de santé mentale dispensés au sein de la collectivité et en établissement. L'objectif est d'offrir un traitement clinique approprié et, dans la mesure du possible, des services qui favorisent la réinsertion sociale du client et son maintien au sein de la collectivité.

Le ministère fournit des soins de longue durée à des clients atteints d'une maladie mentale grave par l'entremise de 13 équipes multidisciplinaires communautaires et de deux hôpitaux psychiatriques. Les services offerts comprennent l'évaluation, le traitement, la gestion de cas et des services de

vocational and rehabilitation services. During fiscal 1998-99, 4,907 individuals received such services.

Long term care services are not an insured benefit under the Canada Health Act (Medicare). A contribution scale is used to ensure a fair assessment of cost to the client, and to ensure those most in need continue to receive required services.

Long Term Care Community Services to Seniors and Adults

In 1998-99:

- there were 6,710 requests for community services for seniors and adults;
- 37.8% of these requests for service resulted in the opening of a case;
- the most common reasons for terminating community services were the client's death, hospitalization or placement in a residential facility.

Services to Seniors

In 1998-99:

- as of the end of March 1999, the department was providing services to 12,322 seniors;
- 56% of clients 65 or older were living at home;
- average annual income of seniors receiving services at home was \$13,379.

The department provides community services, largely through third party contracts, to seniors who need help with the activities of daily living. In-home services most commonly used are homemaker, private housekeeper, and meals-on-wheels.

formation professionnelle et de réadaptation. Au cours de l'exercice 1998-1999, 4 907 personnes ont reçu de tels services.

Les soins de longue durée ne sont pas un avantage assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (Assurance-maladie). Un barème de participation financière est utilisé pour évaluer avec équité la contribution du client et veiller à ce que les personnes dont les besoins sont les plus grands continuent de recevoir les services nécessaires.

Services communautaires de longue durée aux personnes âgées et aux adultes

En 1998-1999 :

- 6 710 demandes de services communautaires pour des personnes âgées et des adultes ont été présentées;
- 37,8 % de ces demandes de service ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier;
- les principales raisons de la cessation des services ont été le décès du client, son hospitalisation ou son placement dans un établissement résidentiel.

Services aux personnes âgées

En 1998-1999 :

- à la fin de mars 1999, le ministère fournissait des services à 12 322 personnes âgées;
- 56 % des clients âgés de 65 ans ou plus vivaient à domicile;
- les personnes âgées recevant des services à domicile avaient un revenu annuel moyen de 13 379 \$.

Le ministère offre aux personnes âgées les services communautaires dont elles ont besoin pour réaliser les activités de la vie quotidienne, et ce, en grande partie par l'entremise de tierces parties dont il retient les services à contrat. Les services à domicile les plus fréquents sont les visites d'une auxiliaire familiale, la livraison de repas à domicile et des services privés d'entretien ménager.

Total Requests For Family and Community Social Services (FCSS) Support & Maintenance Service/ Total des demandes de service de soutien et de maintien auprès de la Division de la famille et des services sociaux communautaires (FSSC)

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
LTC Services to Seniors and Adults/ Services SLD aux personnes âgées et aux adultes	6,917	6,051	6,816	6,710

**FCSS Clients (March 31st)/
Clientèle FSSC (au 31 mars)**

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
LTC Seniors Services/Services SLD aux personnes âgées	11,674	10,937	9,244	8,846
Services to Adults/Services SLD aux adultes	3,384	3,435	3,754	4,128
TOTAL	15,058	14,372	12,998	12,974

Services to adults under 65 years of age

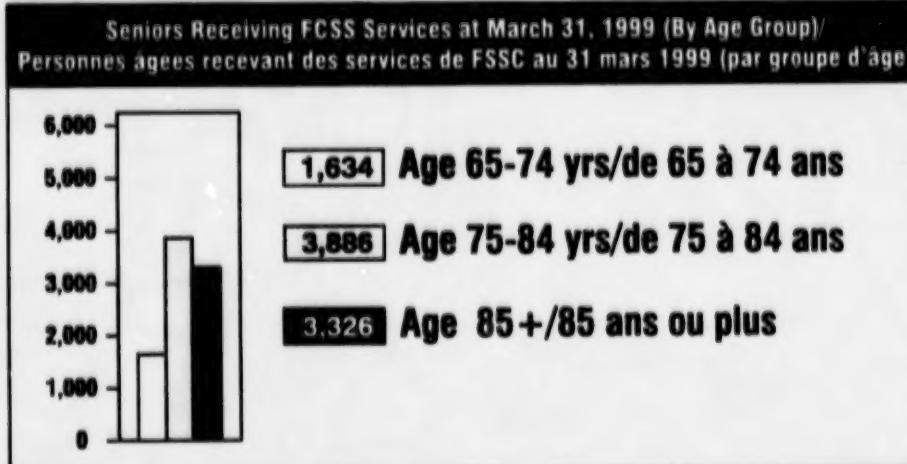
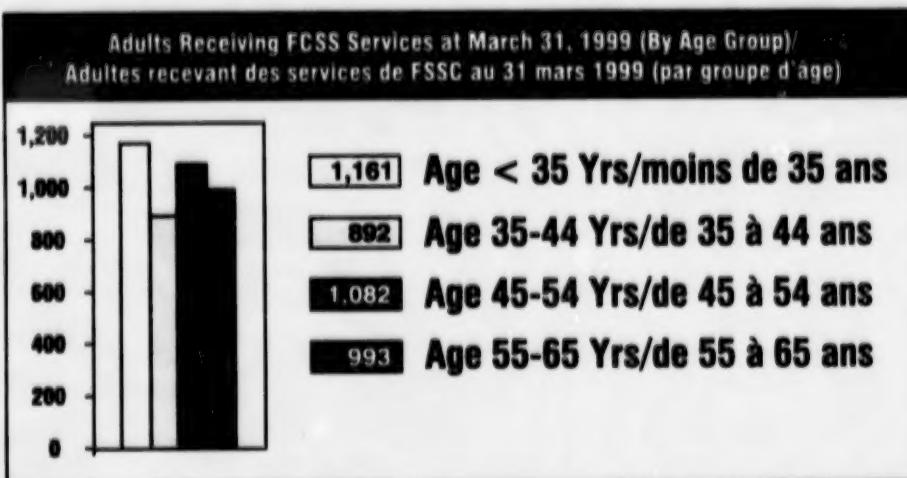
In 1998-99:

- as of the end of March 1999, the department was providing services to 4,485 adults;
- approximately 1,000 adult clients attended supported employment and training programs. Forty-eight per cent were living at home and 52% lived in residential facilities;
- 45.7% of adult clients ages 19 to 64 were living at home.

Services aux adultes âgés de moins de 65 ans

En 1998-1999 :

- à la fin de mars 1999, le ministère fournissait des services à 4 485 adultes;
- environ 1 000 clients ont participé à des programmes de formation et de soutien à l'emploi. La proportion des clients vivant à domicile et dans des établissements résidentiels était de 48 % et de 52 % respectivement;
- 45,7% des clients adultes âgés de 19 à 64 ans vivaient à domicile.



**Long Term Care Services By Living Arrangement At March 31, 1999/
Soins de longue durée par type d'hébergement au 31 mars 1999**

	At Home/ À domicile	Residential Facility/ Établissement résidentiel	Nursing Home/ Foyer de soins	Total
Seniors/Personnes âgées	6,868	1,978	3,476	12,322
Adults with disabilities/Adultes ayant une incapacité	2,051	2,077	357	4,485
TOTAL	8,919	4,055	3,833	16,807

Adults 19 to 64 years of age who have significant functional limitations may receive a range of services. The most frequently used services include health card, supported training and employment, and transportation.

Facilities for out-of-home long term care services are approved to provide specific levels of care. Clients who require more services than can be provided in their homes may choose placement in a residential facility. For government assistance in these facilities, a financial assessment is carried out. Room and board is provided, as well as required supervision and assistance with activities of daily living.

During 1998-99, on average there were 705 such residential facilities approved by the department, providing approximately 5,600 bed spaces. Most had nine or fewer beds. About 51% of departmental clients living in residential facilities outside nursing homes were adults under age 65, while 49% were seniors.

In 1998-99, over 1,500 clients moved into a residential facility, or moved from one facility to another. Just over 1,500 clients terminated their stay at a residential facility.

Nursing Home Services

Nursing home services are intended for those individuals who are medically stable and who need nursing care. Services in a nursing home setting emphasize the resident's physical, social, and psychological independence. There are 61 nursing homes in New Brunswick. Most nursing homes are non-profit organizations which are privately owned, and are operated by a volunteer board of directors.

The department's objectives in regard to the nursing home sector are to improve residents' quality of life, help safeguard their dignity, and ensure that appropriate, quality residential services are provided as efficiently as possible within available resources. This is accomplished by :

- ensuring nursing homes comply with the *Nursing Homes Act*, the Regulations under the Act, and departmental standards and policies;
- managing the size, structure and general operation of the nursing home system;

Toute personne âgée de 19 à 64 ans ayant des limitations fonctionnelles importantes peut recevoir une diversité de services. Les plus fréquents comprennent la carte d'assistance médicale, la formation et le soutien à l'emploi et le transport.

Les établissements qui fournissent des services de longue durée à l'extérieur du domicile sont autorisés à offrir des soins à des niveaux définis. Les clients demeurant à domicile, mais dont les besoins dépassent le niveau de services pouvant leur être offerts chez eux, peuvent opter pour un placement résidentiel. Pour pouvoir bénéficier d'une aide gouvernementale pour ce genre d'établissement, le client doit faire l'objet d'une évaluation de sa situation financière. L'hébergement et les repas sont offerts, ainsi qu'une surveillance et une assistance relatives aux activités de la vie quotidienne.

Au cours de l'année 1998-1999, il y avait 705 établissements agréés de ce genre, lesquels comptaient au total environ 5 600 lits. La plupart de ces établissements comptaient neuf lits ou moins. Environ 51 % des clients du ministère qui demeuraient dans un établissement résidentiel autre qu'un foyer de soins étaient des adultes âgés de moins de 65 ans, tandis que 49 % étaient des personnes âgées de 65 ans et plus.

Au cours de l'année 1998-1999, plus de 1 500 personnes ont été admises dans un établissement résidentiel ou ont fait l'objet d'un transfert inter-établissement. Pour près de 1 500 clients, le séjour en établissement résidentiel a pris fin.

Foyers de soins

Les services dispensés dans les foyers de soins sont destinés aux personnes dont l'état de santé est stable et qui nécessitent des soins infirmiers. Les services en foyer de soins mettent l'accent sur l'autonomie physique, sociale et psychologique des résidents. Le Nouveau-Brunswick compte 61 foyers de soins. La plupart sont des organismes privés à but non lucratif exploités par un conseil d'administration bénévole.

Les objectifs du ministère en ce qui a trait au secteur des foyers de soins sont d'améliorer la qualité de vie des résidents, de préserver leur dignité et de veiller à ce que des services résidentiels de qualité adéquats leur soient offerts de la façon la plus efficiente possible, compte tenu des ressources disponibles. Pour ce faire, il :

- s'assure que les foyers de soins observent les dispositions de la *Loi sur les foyers de soins* et des règlements établis en vertu de cette loi, ainsi que les normes et les directives du ministère;
- gère la taille, la structure et le fonctionnement général du réseau de foyers de soins;

- effecting appropriate linkages with the rest of the health and community services network; and,
- subsidizing eligible residents.

In response to the changing care needs of residents, this department has implemented an increase in resident care funding. This increase is occurring in two phases, with the first phase implemented in January 1998, and the second to be implemented on April 1, 1999. These increases will result in approximately 180 to 220 additional resident care full time equivalents (FTEs) being added to the nursing home sector.

Another initiative completed this past year has been the reduction in the number of beds, from 100 to 80, at the Jordan Memorial Home, the province's only government owned nursing home. As well, the process has begun to transfer ownership of the nursing home from the province to the private sector, as a not-for-profit operation with a volunteer board of directors from the Salisbury, Petitcodiac, Elgin and Havelock communities.

Effective April 1, 1998, the department began performing unannounced inspection visits of nursing homes to assess compliance with the *Nursing Homes Act*, Regulations under the Act and relevant departmental standards and policies.

The department has supported nursing homes in implementing a quality of service approach, which has included training for staff. Approximately 70% of the province's nursing homes have availed themselves of this support. In addition, the Department of Health and Community Services continues to encourage nursing homes to become accredited under the Canadian Council on Health Services Accreditation's long term care program. As of March 31, 1999, of the 60 facilities with 30 or more beds, 66.7% had received accreditation.

As well as providing regular nursing home care, the nursing home system provides specialized care services. New Brunswick currently has four nursing homes with specialized units. Given the department's strategic direction of establishing specialized units, it has completed the operational reviews of the four originally established units. The department completed the fourth final operational review this year. The reviews demonstrated that the units are an effective and efficient means of providing quality services.

The Rehabilitation Services Plan was implemented in nursing homes on September 8, 1997. This has resulted in a more equitable access to rehabilitation services for nursing home residents across the province. As well, access has been broadened to include physiotherapy, occupational therapy, audiology, and speech language therapy. Given the department's responsibilities related to monitoring nursing home services, information regarding the effect of this implementation on nursing home residents has been gathered and a process is being established, in collaboration with the relevant stakeholders, to address identified issues.

- met en place des liens appropriés avec les autres intervenants du réseau de la santé et des services communautaires;
- accorde une aide financière aux résidents admissibles.

En réponse aux besoins changeants des résidents en matière de soins, le ministère a procédé à une augmentation des fonds destinés aux soins des résidents. Cette augmentation s'est faite en deux étapes, la première ayant été mise en œuvre en janvier 1998 et la seconde devant être mise en œuvre le 1^{er} avril 1999. Ces augmentations permettront d'ajouter entre 180 et 220 nouveaux postes équivalents temps plein (ETP) affectés au secteur des foyers de soins.

Un autre projet a été réalisé au cours de l'année écoulée, soit la réduction du nombre de lits de 100 à 80, au Jordon Memorial Home, le seul foyer de soins de la province appartenant au gouvernement. On a également entamé le processus du transfert de la propriété du foyer de soins de la province en faveur du secteur privé, à titre d'exploitation à but non lucratif, cet organisme étant doté d'un conseil d'administration bénévole dont les membres proviennent des collectivités de Salisbury, Petitcodiac, Elgin et Havelock.

À compter du 1^{er} avril 1998, le ministère a commencé à effectuer des inspections sans préavis dans les foyers de soins, afin de vérifier le respect des dispositions de la *Loi sur les foyers de soins*, des règlements établis en vertu de cette loi ainsi que des normes et directives pertinentes du ministère.

Le ministère a soutenu les foyers de soins dans leur mise en œuvre d'une démarche axée sur la qualité des services, y compris les activités de formation à l'intention du personnel. Environ 70% des foyers de soins de la province se sont prévus de ce soutien. De plus, le ministère de la Santé et des Services communautaires continue d'inciter les foyers de soins à devenir agréés en vertu du programme de soins de longue durée du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Au 31 mars 1999, 66,7% des 60 établissements de 30 lits ou plus avaient reçu l'agrément.

Outre les soins ordinaires dispensés dans les foyers de soins, le réseau des foyers de soins offre des services spécialisés. Ainsi, quatre foyers de soins du Nouveau-Brunswick offrent de tels soins spécialisés. Étant donné son orientation stratégique en vue de l'établissement d'unités spécialisées, le ministère a effectué un examen des activités des quatre unités établies à l'origine. Le ministère a terminé cette année le quatrième et dernier examen des activités. Les examens révèlent que les unités sont un moyen efficace et efficient de dispenser des soins de qualité.

Le Plan des services de réadaptation est entré en vigueur dans les foyers de soins le 8 septembre 1997, ce qui a donné lieu à un accès plus équitable aux services de réadaptation pour les pensionnaires des foyers de soins partout dans la province. De plus, l'accès a été élargi pour englober les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie. Étant donné les responsabilités du ministère liées à la surveillance des services dispensés dans les foyers de soins, l'information portant sur l'incidence de cette mise en œuvre sur les pensionnaires des foyers de soins a été recueillie et un processus est en voie d'établissement, en collaboration avec les intervenants pertinents, afin de résoudre les problèmes cernés.

Nursing Home Statistics

	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
Number of nursing homes(1)	66	(2)65	65	(4)61	61	61
Total number of beds(3)	4,346	4,270	4,270	(4)4,167	4,143	4,140
Number of admissions	1,285	1,295	1,174	1,040	1,122	1,134
Number of discharges	1,379	1,367	1,254	1,163	1,143	1,215
Average age upon admission	80.6 years	80.9 years	80.5 years	80.7 years	80.6 years	81.0 years
Average length of stay	3.7 yrs	3.7 yrs	3.0 yrs	2.8 yrs	3.1 yrs	3.3 yrs
Total number of residents as of March 31	4,260	4,164	4,170	3,893	3,894	3,827
Number of female residents as of March 31	3,056 (71.7%)	2,977 (71.5%)	2,915 (71%)	2,793 (71.7%)	2,764 (71.0%)	2,733 (71.4%)
Number of male residents as of March 31	1,204 (28.3%)	1,187 (28.5%)	1,192 (29%)	1,100 (28.3%)	1,130 (29%)	1,094 (28.6%)
Number of residents under 65 years as of March 31	343 (8.1%)	352 (8.5%)	370 (9.0%)	359 (9.2%)	365 (9.3%)	357 (9.3%)
Number of residents 85 years of age and over as of March 31	1,984 (46.6%)	1,907 (45.8%)	1,875 (45.0%)	1,795 (46.1%)	1,796 (46.1%)	1,725 (45.1%)

Note:

1. Includes ten beds in a Veterans' Affairs Canada facility.
2. The reduction in the number of nursing homes was due to the closure of one under-30 bed nursing home.
3. Includes Veteran's Affairs beds (44 VAC beds).
4. The reduction in the number of nursing homes was the result of four under-30 bed nursing homes no longer being licensed as nursing homes.

Statistiques sur les foyers de soins

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Nombre de foyers de soins (1)	66	65(2)	65	61(4)	61	61
Nombre total de lits(3)	4 346	4 270	4 270	4 167(4)	4 143	4 140
Nombre d'admissions	1 285	1 295	1 174	1 040	1 122	1 134
Nombre de congés	1 379	1 367	1 254	1 163	1 143	1 215
Âge moyen à l'admission	80,6 ans	80,9 ans	80,5 ans	80,7 ans	80,6 ans	81,0 ans
Durée moyenne du séjour	3,7 ans	3,7 ans	3,0 ans	2,8 ans	3,1 ans	3,3 ans
Nombre total de résidents au 31 mars	4 260	4 164	4 170	3 893	3 894	3 827
Nombre de résidents de sexe féminin au 31 mars	3 056 (71,7 %)	2 977 (71,5 %)	2 915 (71 %)	2 793 (71,7 %)	2 784 (71,0 %)	2 733 (71,4 %)
Nombre de résidents de sexe masculin au 31 mars	1 204 (28,3)	1 187 (28,5 %)	1 192 (29 %)	1 100 (28,3 %)	1 130 (29 %)	1 094 (28,6 %)
Nombre de résidents de moins de 65 ans au 31 mars	343 (8,1 %)	352 (8,5 %)	370 (9,0 %)	359 (9,2 %)	365 (9,3 %)	357 (9,3 %)
Nombre de résidents de 85 ans ou plus au 31 mars	1 984 (46,6 %)	1 907 (45,8 %)	1 875 (45,0 %)	1 795 (46,1 %)	1 796 (46,0 %)	1 725 (45,1 %)

Remarques :

1. Comprend dix lits dans un établissement appartenant à Anciens Combattants Canada.
2. La réduction du nombre de foyers de soins est due à la fermeture d'un foyer de moins de 30 lits.
3. Comprend les lits réservés à Anciens Combattants Canada (44 lits).
4. La réduction du nombre de foyers de soins est due au retrait du permis de quatre établissements de moins de 30 lits.

The long term care assessment process is used to assess the long term care needs of individuals over the age of 19. This process, along with enhanced community services, has been instrumental in maintaining a relatively smaller and more stable waiting list for nursing home beds. The assessment process employs standardized eligibility criteria for nursing home admission. Once eligible, an applicant's name is placed on the waiting list. A person may refuse the first offer of a bed if it is not the individual's location of choice.

NURSING HOME WAITING LIST	
Year	Average Monthly
1993.....	489
1994.....	55
1995.....	49
1996.....	69
1997.....	37
1998.....	61
1999.....	67

Approximately two thirds of the overall nursing home operating costs (including mortgage payments) are provided by government in the form of resident subsidies. As of March 31, 1999, 82.5% of the residents required government subsidy for nursing home services.

Community Based Services for Children with Special Needs

The Community Based Services for Children with Special Needs (CBSCSN) program is designed to assist children with special needs (0-19 years of age) and their families to function as independently as possible within their community.

Services are focused on children with severe physical, mental, intellectual or emotional/behaviour disabilities, or a combination of disabilities which significantly interfere with the normal developmental process of the child.

Using an individual service plan, developed in consultation with various disciplines, the CBSCSN program assists families in accessing needed services. The program also supports the family through purchased services such as babysitting, respite care, transportation, medical items and equipment.

The CBSCSN program supports alternate living arrangements for the child when the family is no longer able to continue caring for the child. The program also provides access to other professional services, personal aides and a health card for the specific special needs of the child.

As many of these services are uninsured services under Medicare (babysitting, respite care, transportation, etc.) there is a family contribution based on the family's net income and ability to pay.

Children under the CBSCSN program also have access to age appropriate services offered by Early Childhood Initiatives and Special Services to Education.

L'évaluation des soins de longue durée sert à déterminer les besoins de personnes âgées de plus de 19 ans en matière de soins de longue durée. Cette évaluation, de même que des services communautaires améliorés, ont contribué à maintenir à un niveau plus bas et plus stable la liste d'attente de lits en foyer soins. Le processus de l'évaluation fait appel à des critères d'admissibilité normalisés en vue de l'admission en foyer de soins. Une fois que la personne est jugée admissible, son nom est inscrit sur la liste d'attente. Le premier placement proposé peut être refusé si il ne correspond pas aux préférences de la personne intéressée en ce qui a trait au lieu.

LISTE D'ATTENTE DES FOYERS DE SOINS	
Année	Moyenne mensuelle
1993.....	489
1994.....	55
1995.....	49
1996.....	69
1997.....	37
1998.....	61
1999.....	67

Environ les deux tiers des coûts de fonctionnement globaux des foyers de soins (y compris les versements hypothécaires) sont assumés par le gouvernement sous forme de subventions versées aux résidents. Au 31 mars 1999, 82,5 % des résidents ont eu besoin d'une subvention gouvernementale affectée aux services de foyers de soins.

Services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux

Le programme des Services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux (SCEBS) vise à aider les enfants de la naissance à 19 ans ayant des besoins spéciaux et leur famille à fonctionner de façon aussi autonome que possible dans la collectivité.

Les services visent en particulier les enfants ayant des problèmes physiques, mentaux, intellectuels, affectifs ou comportementaux graves, ou une combinaison d'incapacités qui entravent de façon importante le processus du développement normal de l'enfant.

Au moyen d'un plan d'intervention individuel, mis au point après la consultation de spécialistes de différentes disciplines, le programme SCEBS aide les familles à obtenir les services nécessaires. Ce programme soutient aussi la famille en achetant des services, notamment des services de garde d'enfants, de relève et de transport ainsi que des fournitures et des appareils médicaux.

Le programme SCEBS soutient les arrangements d'hébergement de remplacement pour l'enfant lorsque la famille n'est plus en mesure de continuer à en prendre soin. Il permet également d'obtenir d'autres services professionnels, des services d'aide personnelle et une carte d'assistance médicale pour les besoins particuliers de l'enfant.

Comme bon nombre de ces services ne sont pas assurés en vertu de l'Assurance-maladie (garde d'enfants, soins de relève, transport, etc.), la famille verse une contribution fondée sur le revenu net familial et la capacité de payer.

Les enfants servis par le programme SCEBS ont également accès à des services basés sur l'âge offerts par les Initiatives pour la petite enfance et par les services spéciaux de soutien à l'éducation.

**Community Based Services for Children with Special Needs/
Services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux**

	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
# of requests for services**/ Nombre de demandes de service**	220	255	231	272	257
# of children being served (March)*/ Nombre d'enfants recevant des services (mars)*	697	736	754	838	903
*Based on RCWD reports for the end of March of each year/ Basé sur le rapport RCWD pour la fin mars de chaque année.					
** Based on RPSS reports for the end of March of each fiscal year/ Basé sur le rapport RPSS pour la fin mars de chaque année.					

**New Brunswick Births and Deaths, 1989-1998/
Naissances et décès au Nouveau-Brunswick, 1989-1998**

Year / Année	Live Births / Naissances vivantes	Deaths / Décès	Natural Increase / Accroissement naturel
1989	9,603	5,433	4,170
1990	9,754	5,409	4,345
1991	9,446	5,525	3,921
1992	9,324	5,632	3,692
1993	8,978	5,734	3,244
1994	8,906	5,833	3,073
1995	8,513	5,864	2,649
1996	8,129	5,822	2,307
1997	7,867	5,867	2,000
1998	7,830	6,229	1,601
Year / Année	Live Births* / Naissances vivantes*	Deaths* / Décès*	Natural Increase* / Accroissement naturel*
1989	13.36	7.56	5.80
1990	13.49	7.48	6.01
1991	13.05	7.63	5.42
1992	12.88	7.78	5.10
1993	12.40	7.92	4.48
1994	12.30	8.06	4.25
1995	11.76	8.10	3.66
1996	10.66	7.64	3.03
1997	10.32	7.70	2.62
1998	10.40	8.27	2.13

Source: New Brunswick Vital Statistics. / Bureau des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick.

Notes / Remarques:

1. The data reflects occurrences of births and deaths in New Brunswick involving N.B. residents. / Les données tiennent compte des naissances et décès chez les résidents du Nouveau-Brunswick.
2. Rates for 1991 through 1995 are calculated using the 1991 census population figure, and 1989, 1990, 1996 through 1998 using population estimates. / Les taux de 1991 à 1995 sont calculés selon une donnée du recensement 1991, et 1989, 1990, 1996 à 1998 selon les prévisions de la population.

* Rates shown are crude rates per 1,000 population. / Les taux indiqués sont des taux bruts pour 1 000 habitants.

CORPORATE AND ADMINISTRATION SERVICES

The development and delivery of health and community programs and services to New Brunswick residents is supported by a range of internal department functions such as administration, planning and evaluation, and program support.

Administration and Finance

The department provides administrative support and advisory services to staff in matters relating to accounting, budgeting, financial controls, human resource management, information systems and capital construction. It administers the registration of vital events (births, deaths, and marriages) in the province, and the process for change of name.

In April, 1998, the responsibility for managing health card benefits for Department of Health and Community Services clients was transferred to Financial Services. Previously, the responsibility for managing these benefits was with the Department of Human Resources Development – NB. Health card benefits include dental, vision and various other health services. The department also provided on-going support to managers in the analysis and implementation of program initiatives, including budget measures announced in the 1998-99 fiscal year, and monitored performance against the approved budget.

The department participated in the government's process of testing and correcting or replacing automated systems, equipment and business processes in relation to the Y2K problem. As well, the department worked with the hospital corporations on this matter. Work began on contingency plans for all key business processes, in the event any problems do occur.

The Human Resources Branch held consultation meetings about human resources with department employees and managers across the province. This led to the development of specific departmental initiatives and strategies targeted to improve key human resources areas such as, internal communication, working environment and teamwork. Corporate Human Resources initiatives led by the Human Resources Branch included: on-going team building training, revisions to the Employee Performance Management System, planning an employee intranet site as a communication tool, organization of employee information sessions in the regions, and leading the Child Protection Working Conditions Project Team.

Following consultation with the hospital sector, the department submitted Official Languages Policy Implementation Guidelines specific to the hospital sector to the Board of Management. The Implementation Guidelines were part of a joint submission with the Department of Finance, Official Languages Branch, in response to the Delaney-LeBlanc Report of December 1996. The guidelines detail how

SERVICES MINISTÉRIELS ET ADMINISTRATIFS

L'élaboration et la prestation des programmes et services de santé et des programmes et services communautaires à l'intention de la population du Nouveau-Brunswick font appel à une gamme de fonctions internes du ministère, dont l'administration, la planification et l'évaluation ainsi que le soutien des programmes.

Administration et finances

Le ministère offre au personnel des services de soutien administratif et de consultation en matière de comptabilité, d'établissement des budgets, de contrôles financiers, de gestion des ressources humaines, de systèmes d'information et de projets d'immobilisations. Il est chargé de l'enregistrement des données de l'état civil dans la province (naissances, décès, mariages) et s'occupe des changements de nom.

Au mois d'avril 1998, les Services financiers se sont vu confier la gestion des services assurés de la carte d'assistance médicale pour les clients du ministère de la Santé et des Services communautaires, responsabilité qui appartenait auparavant au ministère du Développement des ressources humaines-N.-B. Les avantages de la carte d'assistance médicale s'étendent aux frais dentaires, aux frais relatifs aux soins de la vue et à divers autres services liés à la santé. Le ministère a aussi assuré un soutien continu aux gestionnaires pour l'analyse et la mise en œuvre d'initiatives de programmes, y compris les mesures budgétaires annoncées pour l'année financière 1998-1999, et il a surveillé le rendement par rapport au budget approuvé.

Le ministère a participé à la mise à l'essai et à la modification, ou au remplacement, des systèmes automatisés dont l'équipement et les processus administratifs, en rapport avec le bogue de l'an 2000. Le ministère a également collaboré avec les corporations hospitalières à cet égard. Des plans d'urgence ont été mis en œuvre afin de régler les problèmes susceptibles d'affecter les principaux processus administratifs.

La Division des ressources humaines a tenu des réunions de consultation avec des gestionnaires et des employés du ministère à l'échelle de la province. Ces rencontres ont suscité des initiatives et des stratégies au sein du ministère visant à améliorer des secteurs clés des ressources humaines comme les communications internes, le travail en équipe et le milieu de travail. Certaines de ces initiatives ministérielles comprenaient la formation continue relativement au travail d'équipe, le remaniement du Système de gestion du rendement des employés, la préparation d'un site Intranet à l'intention des employés comme outil de communication, l'organisation de séances d'information pour le personnel des régions et l'animation de l'équipe chargée de l'étude des conditions de travail du projet de la protection de l'enfance.

Après consultation avec le réseau hospitalier, le ministère a présenté au Conseil de gestion des lignes directrices relatives à la mise en œuvre de la politique des langues officielles dans le réseau hospitalier. Ces lignes directrices faisaient partie d'une soumission conjointe avec la Direction des langues officielles du ministère des Finances, en réponse au rapport Delaney-LeBlanc de décembre 1996. Ces lignes directrices expliquent comment les services de santé peuvent être dispensés dans la

health care services can be delivered in the official language of choice of the patient or client. Approximately 70 Part 1 employees participated in second language training in 1998-99 and Region Hospital Corporations 1 (Southeast), 2, 3 and 7 have active and on-going language training programs.

In the past year, eighteen complaints were received by the Official Languages Branch regarding the Department of Health and Community Services. Types of complaints include: services not offered in the official language of choice; job postings in only one language; documents, correspondence and signage not provided in both official languages; and outgoing voice mail messages in one language only. Fifteen of these complaints were related to service delivery in hospitals and the remaining three were filed as a result of services provided by regional offices of the Department of Health and Community Services. All eighteen complaints were investigated. Four were not substantiated and the remaining fourteen were resolved.

In relation to information systems and technology, development and implementation of a major computer system, the Client Service Delivery System (CSDS), continued during the year. The department introduced software to assist staff in assessing individuals for Long Term Care as a pilot in two regions. This feature is designed to work on a portable notebook computer, and thus allows staff to serve more people in their own homes. The department also implemented the client registration, intake, and assessment features in the Mental Health offices around the province, which is leading to improved service in those offices.

The department completed the installation of new computer technology in regional offices and completed staff training. This means all offices are interconnected, and connected to central office, with state of the art technology for electronic mail and electronic scheduling. This technology also provides a secure and cost effective network for operating the various business systems of the department.

Data quality initiatives have continued with the incorporation of multiple causes of death and out-of-province deaths into the vital statistics database to permit detailed analysis of this data for health-related purposes.

The Vital Statistics Branch participated in a pilot project with the Canada Employment Insurance Commission, which permits Social Insurance Number (SIN) card applicants to apply by telephone to the SIN Registry in Bathurst. Entry of the applicant's birth registration number permits verification of identifying data. This data is pulled from the Vital Statistics registry to populate the SIN registry, from which the applicant's SIN card is produced. The pilot project was a success and the project has been implemented on a permanent basis in New Brunswick. Plans are under discussion to implement the project in other provinces and territories.

An amendment to the *Marriage Act* now permits the registration of a religious group that has been federally incorporated to perform marriages.

langue officielle de choix du patient ou du client. Environ 70 employés de la partie 1 ont suivi des cours de formation en langue seconde en 1998-1999, tandis que les corporations hospitalières régionales 1 (Sud-Est), 2, 3 et 7 appliquent des programmes de formation linguistique actifs et continus.

Au cours de l'année, la Direction des langues officielles a reçu dix-huit plaintes concernant le ministère de la Santé et des Services communautaires. Parmi les plaintes reçues, mentionnons le manque d'offre de services dans la langue officielle de choix, des offres d'emploi unilingues, des documents, lettres et affiches unilingues, ainsi que des messages de boîte vocale unilingues. Quinze de ces plaintes se rapportaient à la prestation de services dans des hôpitaux et les trois autres, à la prestation de services dans des bureaux régionaux du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les dix-huit plaintes ont toutes fait l'objet d'une enquête. Quatre d'entre elles n'ont pas été corroborées et les quatorze autres ont été résolues.

En ce qui a trait à la technologie et aux systèmes d'information, les travaux se sont poursuivis durant l'année sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un système informatique majeur, le SPSC ou Système de prestation de services aux clients. À titre de projet pilote dans deux régions, le ministère a introduit un progiciel pour aider le personnel à évaluer les personnes aux fins de soins de longue durée. Ce progiciel fonctionne sur un ordinateur portatif et, par conséquent, permet au personnel de servir un plus grand nombre de personnes à domicile. Le ministère a aussi mis en place le système d'inscription, d'accueil et d'évaluation des clients dans les bureaux de santé mentale de la province, afin d'y améliorer le service.

En outre, le ministère a achevé l'installation d'une nouvelle technologie informatique dans les bureaux régionaux, ainsi que la formation du personnel. Il en ressort que tous les bureaux sont reliés entre eux et avec le bureau central, par voie de la toute dernière technologie en matière de courrier et de planification électroniques. Cette technologie procure aussi un réseau sécuritaire et rentable pour exploiter les divers systèmes administratifs du ministère.

Les initiatives touchant la qualité des données se sont poursuivies en incorporant les causes multiples de décès et les décès à l'extérieur de la province à la base de données sur les statistiques de l'état civil, ce qui permet l'analyse détaillée de ces données à des fins liées à la santé.

La Direction des statistiques de l'état civil, de concert avec la Commission de l'assurance-emploi du Canada, a participé à un projet pilote visant à permettre aux demandeurs de carte de numéro d'assurance sociale (NAS) de s'adresser par téléphone au bureau d'enregistrement NAS de Bathurst. L'entrée du numéro d'enregistrement de la naissance du demandeur permet de vérifier les données d'identité. Ces données sont extraites du registre des statistiques de l'état civil et ajoutées au système d'enregistrement NAS, duquel est produite la carte NAS du demandeur. L'essai pilote a réussi et le projet a été mis en œuvre sur une base permanente au Nouveau-Brunswick. Des plans sont à l'étude pour mettre le programme en œuvre dans d'autres provinces et territoires.

Une modification à la *Loi sur le mariage* permet maintenant l'enregistrement d'une confession religieuse constituée sous le régime fédéral pour célébrer des mariages.

Planning and Evaluation

The Planning and Evaluation Division is responsible for:

- coordinating the development of new legislation or amending existing legislation as necessary to govern the operation of programs delivered under its mandate;
- coordination and facilitating federal/provincial relations in regards to federal/ provincial/territorial programs of national concern;
- analyzing statistics and conducting reviews and evaluations of health and community service programs;
- coordinating the ongoing development and revision of the department's strategic corporate plan;
- assisting senior management and the operational divisions to develop policy for new health and community services programs and issues; and
- developing and maintaining health human resources databases which provide the department with planning information outlining the supply of, and demand for, health professionals.

During 1998-99, Planning and Evaluation:

- led departmental staff from both central and regional offices in a series of meetings to update the Corporate Strategic Plan from the grassroots level. The revised Plan will be finalized during fiscal 1999-2000;
- participated in federal/provincial/territorial Ministers and Deputy Ministers of Health and Social Services and Ministers of State for Seniors conferences;
- provided departmental briefings to the Special Cabinet Committee on Social Policy Renewal on seniors issues, mental health and family/child services;
- supplied information, developed and coordinated presentations and answered inquiries of the Health Services Review Task Force;
- established an Interdepartmental Liaison Committee on Seniors Issues to support the work of the Minister of State for Seniors; and coordinated the planning for the government's International Year of Older Persons activities;
- coordinated the development of amendments to the *Family Services Act* in response to the Child Death Review Committee's recommendations regarding improved coordination of services provided to children at risk and to ensure that the best interest and safety of the child must prevail; developed an act to ensure the appropriate conveyance of property located in Saint John from the Canadian Red Cross Society to the Canadian Blood Services; and other housekeeping amendments to the *Tobacco Sales Act* and *Marriage Act*;

Planification et évaluation

La Division de la planification et de l'évaluation est chargée :

- de coordonner l'élaboration d'un nouveau cadre législatif ou d'apporter au cadre législatif actuel les modifications requises pour régir le fonctionnement des programmes en vertu de son mandat;
- de coordonner et de faciliter les relations fédérales-provinciales en ce qui a trait aux programmes fédéraux/provinciaux/territoriaux d'intérêt national;
- d'analyser les statistiques et de mener des entrevues et des évaluations au sujet des programmes de santé et de services communautaires;
- de coordonner sur une base permanente l'élaboration et la révision du plan stratégique du ministère;
- d'aider la haute direction et les divisions opérationnelles à élaborer une politique relative aux nouveaux programmes de santé et de services communautaires et aux nouvelles questions s'y rapportant;
- d'élaborer et de maintenir des bases de données sur les ressources humaines en matière de santé qui fournissent au ministère des renseignements sur l'offre et la demande de professionnels de la santé, aux fins de planification.

Activités réalisées par la division en 1998-1999 :

- animation d'une série de réunions pour le personnel des bureaux central et régionaux du ministère afin d'actualiser le Plan stratégique ministériel en assurant la participation des régions. Le plan révisé sera finalisé au cours de l'année financière 1999-2000;
- participation à des conférences fédérales/provinciales/territoriales regroupant les ministres et les sous-ministres de la Santé et des Services communautaires et les ministres d'État aux personnes âgées;
- notes de synthèse ministérielles au comité spécial du Cabinet sur le renouvellement de la politique sociale, portant sur des questions relatives aux personnes âgées, à la santé mentale et aux services à la famille et à l'enfance;
- communication d'information, élaboration et coordination de présentations et réponse aux questions du Groupe de travail sur l'examen des services de santé;
- création d'un comité de liaison interministériel sur les questions ayant trait aux personnes âgées afin d'appuyer le travail du ministre d'État aux personnes âgées; coordination de la planification des activités du gouvernement dans le cadre de l'Année internationale des personnes âgées;
- contribution aux modifications apportées à la *Loi sur les services à la famille* à la lumière des recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants visant à améliorer la coordination des services dispensés aux enfants à risque et à s'assurer que l'intérêt et la sécurité de l'enfant prévaudront; élaboration d'une loi stipulant le transfert approprié des terrains de La Société canadienne de la Croix-Rouge, situés à Saint-Jean, à la Société canadienne du sang; et autres modifications de régie interne à la *Loi sur les ventes de tabac* et à la *Loi sur le mariage*;

- updated health human resources data bases for nurses, registered nursing assistants, speech language pathologists and audiologists, physiotherapists, occupational therapists, social workers and medical laboratory technologists and conducted data analysis and responded to information requests;
- provided support to the Nursing, Physician and Rehabilitation Resources Advisory Committees and their subcommittees;
- participated on advisory committees to the F/P/T Deputy Ministers of Health, namely the Advisory Committee on Health Human Resources and the Advisory Committee on Population Health;
- conducted a Comprehensive Child Welfare Review/ Redesign; and completed an analysis of a Child Advocate service with input from other departments. Both of these projects flowed from the report of the Child Death Review Committee;
- began a review of Ambulance Services and Long Term Care as part of the continuous improvement of the quality of our services and programs.
- updated the Physician Resource Plan for New Brunswick and the Policy & Procedures, Physician Resource Management;
- updated the Physician Supply Projection Model to the year 2015;
- administered the annual competition for the Medical Research Fund and the Wordell Fund (specific for kidney-related research); and awarded the monies in the Rick Hansen Neurotrauma Fund (\$100,000 for a one-time competition for projects related to the field of neurotrauma research);
- received a \$25,000 research grant from the Health Transition Fund to analyse NB-specific data on indicators of child health and development derived from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. This will provide baseline information for evaluation of the Early Childhood Initiative;
- completed a "process" evaluation of the Community Health Centre Project in Lamèque;
- initiated two important evaluation studies: the Guardianship Program Evaluation will provide insight into the experiences of children in foster care and the Youth Treatment Program Evaluation will examine the treatment outcomes for youngsters who have received help with their behaviour;
- presented three papers at a national conference on evaluation studies: Telecare, Deinstitutionalization of Mental Health Clients, and an invited paper to the Canadian Medical Association on the McAdam Community Health Centre Pilot Project.
- mise à jour des bases de données sur les ressources humaines en matière de santé à l'intention des infirmières et infirmiers, infirmières auxiliaires immatriculées, orthophonistes et audiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et techniciens de laboratoire d'analyses médicales, analyse des données et réponse aux demandes d'information;
- soutien aux comités consultatifs sur la main-d'œuvre infirmière, sur les ressources médicales et sur la réadaptation, ainsi qu'à leurs sous-comités;
- participation aux comités consultatifs des sous-ministres de la Santé F/P/T, notamment le Comité consultatif sur les ressources humaines en matière de santé et le Comité consultatif sur la santé de la population;
- étude et refonte globales des services en matière de bien-être de l'enfance; analyse d'un service de défense des droits de l'enfant de concert avec d'autres ministères. Le rapport du Comité des décès d'enfants est à l'origine de ces deux initiatives.
- revue préliminaire des services d'ambulance et des soins de longue durée, faisant partie du processus constant d'amélioration de la qualité de nos services et programmes;
- mise à jour du Plan des ressources médicales pour le Nouveau-Brunswick et de la politique et des procédures sur la gestion des ressources médicales;
- mise à jour du modèle de projection des effectifs médicaux jusqu'à l'an 2015;
- administration du concours annuel du Fonds de recherche médicale et du Fonds Wordell (recherche sur les affections rénales); remise du prix au Fonds de neurotraumatisme Rick Hansen (100 000 \$ pour un concours unique relatif à des projets en recherche neurotraumatique);
- réception d'une subvention de recherche de 25 000 \$ de la part du Fonds pour l'adaptation des services de la santé afin d'analyser les données particulières au Nouveau-Brunswick concernant les indicateurs de santé et de croissance des enfants, extraits de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Elle fournira des données de base servant à l'évaluation de l'initiative pour la petite enfance;
- évaluation du «processus» du projet de centre de santé communautaire à Lamèque;
- lancement de deux importantes évaluations : celle du programme de tutelle, qui décrit le vécu d'enfants dans des foyers d'accueil, et celle du programme de traitement des jeunes, qui examine les résultats des traitements dispensés aux jeunes qui avaient besoin d'aide en raison de leur comportement;
- présentation de trois mémoires à un congrès national sur les études d'évaluation : Télé-Soins, désinstitutionnalisation des clients en santé mentale, et un mémoire sollicité à l'Association médicale canadienne relativ au projet de centre de santé communautaire McAdam.

Program Support

In 1998-99, the department:

- provided information and expertise in service development and delivery;
- assisted in improving efficiency and effectiveness of department infrastructure and public service delivery;
- provided periodic revision of hospital standards through working groups of health professionals; and,
- continued the on-going management of the Hospital Liability Protection Plan.

The results of program support initiatives were measured in the outcomes of the programs and services they support. Key initiatives in 1998-99 included providing support to the Hospital Financial Utilization Management System, the Regional Addiction Services System, the Rehabilitation Service Plan, the Provincial Utilization Management Coordinating Committee, the Hospital Standards Project, and the Cancer Services Advisory Committee. In addition, coordination and support were provided to region hospital corporations in the areas of risk management, service quality improvement, and utilization management.

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department's programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the department's World Wide Web site (<http://www.gov.nb.ca/hcs-ssc/>).

In fiscal 1998-99, the branch expanded its activities to include social marketing services and is currently developing plans to promote wellness and healthy lifestyle choices such as tobacco reduction and problem gambling.

The branch provided support to the Child Welfare Project with the production of a newsletter to keep staff and child welfare stakeholders updated on developments regarding this subject. The branch also provided support to Early Childhood Initiatives staff for presentations made at conferences associated with the Francophone Summit.

Soutien des programmes

En 1998-1999, le ministère a réalisé les activités suivantes :

- communication d'information et partage de savoir-faire en matière d'élaboration et de prestation des services;
- collaboration aux activités visant l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité de l'infrastructure du ministère ainsi qu'en matière de prestation des services;
- examen périodique des normes visant les services hospitaliers, par l'entremise de groupes de travail composés de professionnels de la santé;
- poursuite de la gestion du régime de protection des responsabilités civiles pour les hôpitaux.

Le succès des activités de soutien des programmes est évalué en fonction des résultats obtenus dans le cadre des programmes et des services qu'elles appuient. Les principales activités entreprises en 1998-1999 sont les suivantes : aide au Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière, au Réseau des services régionaux de traitement des dépendances, au Plan des services de réadaptation, au Comité coordonnateur provincial de la gestion de l'utilisation, au projet relatif aux normes hospitalières et au Comité consultatif sur les services de lutte contre le cancer. En outre, le ministère a assuré la coordination et le soutien des corporations hospitalières régionales en matière de gestion des risques, de gestion de l'utilisation et d'amélioration de la qualité des services.

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s'occupe des relations avec les médias, veillant à ce que le public ait accès à l'information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et est chargée de la mise à jour du site web du ministère (<http://www.gov.nb.ca/hcs-ssc/>).

En 1998-1999, la direction a ajouté des services de marketing social à ses activités. Elle élaboré présentement des plans visant à promouvoir le mieux-être et des habitudes de vie saines, soit en réduisant la consommation de tabac et le jeu excessif.

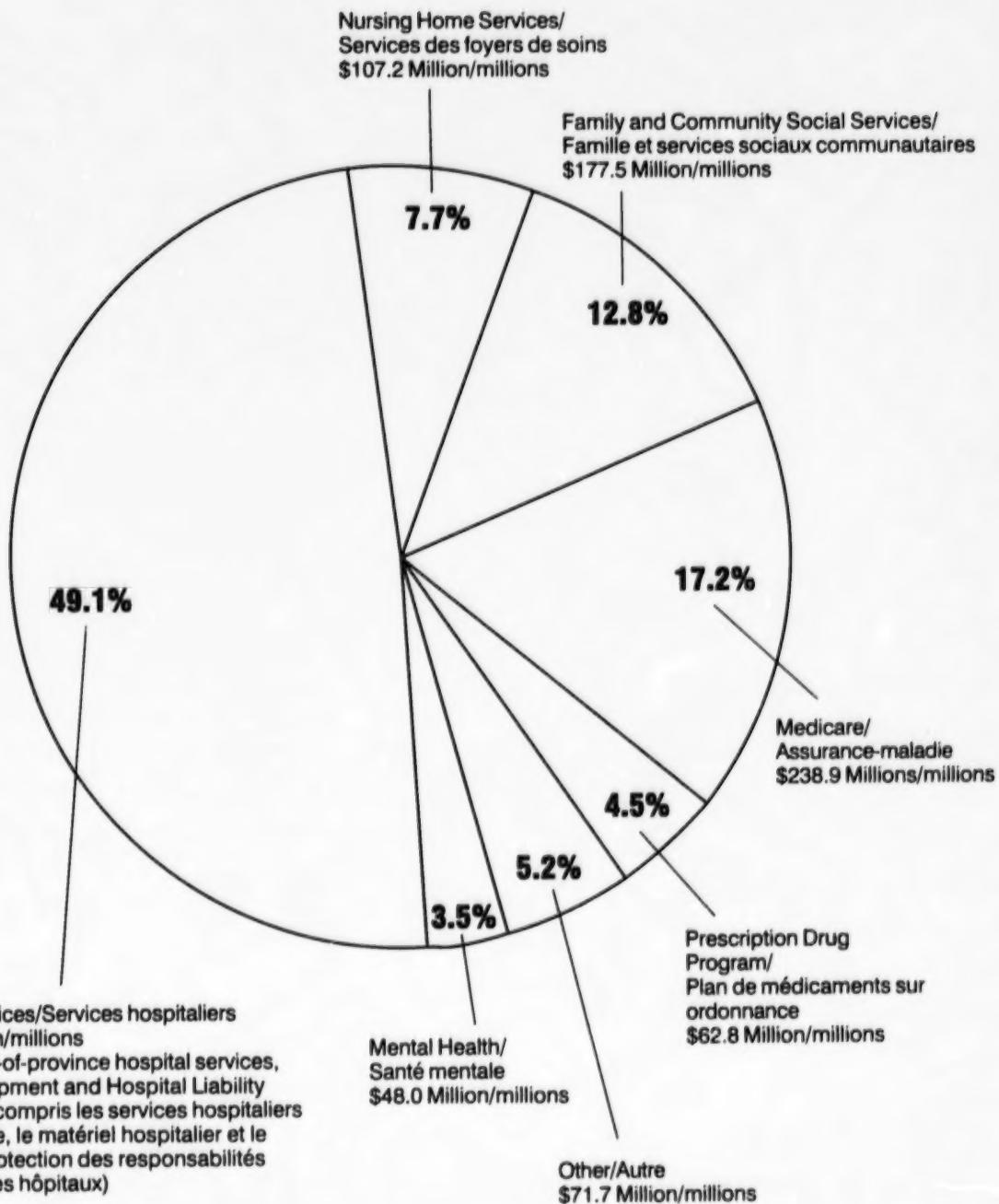
La direction a soutenu le projet visant le bien-être de l'enfance en publiant un bulletin afin de tenir le personnel et les intervenants en bien-être de l'enfance au courant des derniers développements à ce sujet. La direction a aussi soutenu les employés chargés des initiatives pour la petite enfance dans leurs présentations lors de conférences tenues dans le cadre du Sommet de la francophonie.

Financial Overview

Actual Expenditures
\$1,387.8 Million
1998-99

Aperçu financier

Dépenses réelles
1 387,8 millions \$
1998-1999



Financial Overview (000's)

Department of Health and Community Services

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Administrative Services						
Administration and Financial Services	9,133.5	281.0	9,414.5	8,937.8	476.7	
Data Processing	6,825.6	-	6,825.6	9,286.7	(2,461.1)	1
Planning and Evaluation	1,130.7	19.7	1,150.4	1,148.0	2.4	
Public Health and Medical Services						
Provincial Epidemiology Service	1,114.4	14.8	1,129.2	882.3	246.9	
Seniors Rehabilitative Equipment Program	874.6	-	874.6	820.0	54.6	
Medical Education	8,912.6	416.6	9,329.2	8,763.5	565.7	2
Medicare Program	229,828.4	2,217.5	232,045.9	238,894.9	(6,849.0)	3
Prescription Drug Program	59,355.7	-	59,355.7	62,788.8	(3,433.1)	4
Out of Province Hospital Payments	27,590.5	-	27,590.5	27,145.8	444.7	
Public Health Services	21,102.6	287.8	21,390.4	21,872.6	(482.2)	
Institutional Services						
Ambulance Services	10,423.1	14.6	10,437.7	19,405.0	(8,967.3)	5
Program Support Services	551.7	9.3	561.0	521.6	39.4	
Hospital Liability Protection	1,000.0	-	1,000.0	1,000.0	-	
Hospital Services	608,825.0	25,874.2	634,699.2	644,924.3	(10,225.1)	6
Hospital Equipment	9,623.4	-	9,623.4	8,694.1	929.3	7
Nursing Home Services	104,503.6	3,165.6	107,669.2	107,238.6	430.6	
Family and Community Social Services						
Program Standards and Support	2,841.5	567.3	3,408.8	3,565.0	(156.2)	
Community Social Services	149,408.8	1,379.9	150,788.7	173,975.9	(23,187.2)	8
Mental Health Services						
Program Total	47,134.7	786.9	47,921.6	47,992.2	(70.6)	
Department Total Ordinary	1,300,180.4	35,035.2	1,335,215.6	1,387,857.1	(52,641.5)	
Capital	3,750.0	-	3,750.0	5,242.7	(1,492.7)	9
Revenue						
Interest and Investment Income	161.5	-	161.5	320.5	(159.0)	
General	22,034.5	-	22,034.5	24,898.5	(2,864.0)	10
Miscellaneous	70.0	-	70.0	329.1	(259.1)	
Conditional Grants	4,964.0	-	4,964.0	5,747.5	(783.5)	11
Department Total Revenue	27,230.0	-	27,230.0	31,295.6	(4,065.6)	

Note: The information contained in this statement are preliminary and may be adjusted by the Comptroller prior to release of the Public Accounts of the Province of NB.

Aperçu financier (en milliers de dollars)

Ministère de la Santé et des Services communautaires

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services administratifs						
Administration et finances	9 133,5	281,0	9 414,5	8 937,8	476,7	
Traitement des données	6 825,6	-	6 825,6	9 286,7	(2 461,1)	1
Planification et évaluation	1 130,7	19,7	1 150,4	1 148,0	2,4	
Santé publique et services médicaux						
Service provincial d'épidémiologie	1 114,4	14,8	1 129,2	882,3	246,9	
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	874,6	-	874,6	820,0	54,6	
Formation médicale	8 912,6	416,6	9 329,2	8 763,5	565,7	2
Assurance-maladie	229 828,4	2 217,5	232 045,9	238 894,9	(6 849,0)	3
Plan de médicaments sur ordonnance	59 355,7	-	59 355,7	62 788,8	(3 433,1)	4
Règlements des services hospitaliers hors-province	27 590,5	-	27 590,5	27 145,8	444,7	
Services de santé publique	21 102,6	287,8	21 390,4	21 872,6	(482,2)	
Services en établissements						
Services d'ambulance	10 423,1	14,6	10 437,7	19 405,0	(8 967,3)	5
Services de soutien aux programmes	551,7	9,3	561,0	521,6	39,4	
Protection des responsabilités civiles pour les hôpitaux	1 000,0	-	1 000,0	1 000,0	-	
Services hospitaliers	608 825,0	25 874,2	634 699,2	644 924,3	(10 225,1)	6
Matériel hospitalier	9 623,4	-	9 623,4	8 694,1	929,3	7
Services des foyers de soins	104 503,6	3 165,6	107 669,2	107 238,6	430,6	
Famille et services sociaux communautaires						
Normes et soutien des programmes	2 841,5	567,3	3 408,8	3 585,0	(156,2)	
Services sociaux communautaires	149 408,8	1 379,9	150 788,7	173 975,9	(23 187,2)	8
Services de santé mentale						
Total des programmes	47 134,7	786,9	47 921,6	47 992,2	(70,6)	
Total des comptes ordinaires du ministère	1 300 180,4	35 035,2	1 335 215,6	1 387 857,1	(52 641,5)	
Compte de capital	3 750,0	-	3 750,0	5 242,7	(1 492,7)	9
Recettes						
Intérêts et revenus de placement	161,5	-	161,5	320,5	(159,0)	
Recettes générales	22 034,5	-	22 034,5	24 898,5	(2 864,0)	10
Recettes diverses	70,0	-	70,0	329,1	(259,1)	
Subventions conditionnelles	4 964,0	-	4 964,0	5 747,5	(783,5)	11
Recettes totales du ministère	27 230,0	-	27 230,0	31 295,6	(4 065,6)	

Note : Les informations reflétées dans cet état des comptes sont préliminaires et peuvent être changées par le contrôleur avant la publication des Comptes publics de la province du N.-B.

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 1998-99 (Variances)

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 1998-99

1. The over-expenditure in Data Processing was mainly due to the CSDS system development costs that were higher than expected and the support costs associated with the systems to be replaced.
2. The under-expenditure in Medical Education was mainly due to lower program support costs and fewer in-province medical residencies than anticipated.
3. The over-expenditure in Medicare was mainly due to Physicians Fee for Service billings, legal services related to the contract termination with Blue Cross, Year 2000 remediation plan for the existing medicare system, and a deficit in physician sessional billings.
4. The over-expenditure in the Prescription Drug Program was due to increased volume and the number and rate at which new drug therapies entered the market.
5. The over-expenditure in Ambulance Services was due to higher than anticipated service delivery costs caused by increased wage settlements and higher costs due to complying with standards and lower than anticipated co-pay revenues.
6. The over-expenditure in Hospital Services was mainly due to the recognition of region hospital corporations deficits that was partially offset by pension surplus adjustments, increased hospital other source revenues, and a surplus in centrally managed funds.
7. The planned under-expenditure in Hospital Equipment was to offset an over-expenditure in Capital equipment.
8. The over-expenditure in Family and Community Social Services was mainly due to Long Term Care services; a) an increase in the cost per case for in-home clients due to higher service needs, b) an increase in the number of in-home disabled adults receiving services, and c) an increase in the cost/case and number of clients receiving residential services. There was also an over-expenditure in child protection services.
9. The over-expenditure in Capital Equipment was due to the purchase of major equipment, which was partially offset by an under-expenditure in the regular equipment budget.
10. The revenue surplus was mainly due to higher than expected motor vehicle Levy revenue resulting from higher accident claims frequency and higher number of insured vehicles.
11. The variance in Conditional Grants was mainly due to higher than expected revenue under the Alcohol & Drug Rehabilitation Agreement and Vocational Rehabilitation due to higher than expected claim of allowable shareable expenses.

APERÇU FINANCIER DE L'ANNÉE 1998-1999 (écart)

Les écarts budgétaires importants concernant l'année financière 1998-1999 sont expliqués ci-dessous.

1. Le dépassement de crédit pour le traitement des données est surtout attribuable aux coûts d'élaboration du Système de prestation de services aux clients (SPSC), qui sont plus élevés que prévu, ainsi qu'aux coûts de soutien reliés aux systèmes à remplacer.
2. La sous-utilisation du crédit affecté à la formation médicale est surtout attribuable aux coûts moins élevés de soutien des programmes et au nombre moins élevé que prévu de résidents en médecine dans la province.
3. Le dépassement de crédit au poste Assurance-maladie est surtout attribuable à la facturation des médecins rémunérés à l'acte, aux services juridiques relatifs à la résiliation du contrat avec la Croix Bleue, au plan de redressement du système d'Assurance-maladie en prévision de l'an 2000 et au déficit de facturation des médecins rémunérés à vacation.
4. Le dépassement de crédit au poste Plan de médicaments sur ordonnance est attribuable au volume accru, au nombre de nouveaux traitements médicamenteux et au rythme avec lequel ils ont fait leur apparition sur le marché.
5. Le dépassement de crédit au poste des Services d'ambulance est attribuable aux coûts plus élevés que prévu de prestation des services, occasionnés par des règlements salariaux à la hausse, des coûts plus élevés en raison de la conformité aux normes et la participation moins élevée que prévu des clients aux recettes.
6. Le dépassement de crédit au poste des Services hospitaliers est surtout attribuable à la constatation des déficits des corporations hospitalières régionales, qui est compensée en partie par des rajustements au titre de l'excédent de la caisse de retraite, une augmentation des recettes hospitalières d'autres sources et un excédent au titre des fonds gérés centralement.
7. La sous-utilisation prévue au poste Matériel hospitalier vise à compenser le dépassement de crédit au compte de capital.
8. Le dépassement de crédit au poste Famille et services sociaux communautaires est surtout attribuable aux services de soins de longue durée : a) hausse du coût par dossier pour les clients à domicile attribuable aux besoins accrus de service; b) augmentation du nombre d'adultes ayant une incapacité recevant des services à domicile; c) hausse du coût par dossier et du nombre de clients recevant des services résidentiels. De plus, les services de protection de l'enfance enregistrent un dépassement de crédit.
9. Le dépassement de crédit au compte de capital est attribuable à l'achat d'équipement coûteux, qui est partiellement compensé par une sous-utilisation du budget ordinaire affecté au matériel.
10. L'excédent des recettes provient surtout des recettes plus élevées que prévu liées aux prélevements en raison d'une augmentation du nombre de demandes de règlement d'accidents et de véhicules assurés.
11. L'écart dans les subventions conditionnelles est surtout attribuable à des recettes plus élevées que prévu en vertu de l'Accord sur la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie et sur la réadaptation professionnelle en raison du plus grand nombre que prévu de réclamations de dépenses partageables admissibles.

Legislation

The Department of Health and Community Services is responsible for 23 Acts of the New Brunswick Legislature. They are:

*Advanced Life Support Services Act
Ambulance Services Act
Anatomy Act
Cemetery Companies Act
Change of Name Act
Family Services Act
Health Act
Hospital Act
Hospital Services Act
Human Tissues Act
Intercountry Adoption Act
Jordan Memorial Act
Marriage Act
Medical Consent of Minors Act
Medical Services Payment Act
Mental Health Act
Nursing Homes Act
Prescription Drug Payment Act
Radiological Health Protection Act
Tobacco Sales Act
Treatment of Intoxicated Persons Act
Venereal Disease Act
Vital Statistics Act*

Fall 1998 - Spring 1999

An Act to Amend the Family Services Act

One major cause of children's deaths in the province of New Brunswick is lack of coordination of services. Fragmentation has come about as a result of various problems including health professionals inability to share confidential information.

There were very restrictive confidentiality provisions in various public statutes which resulted in employees in the provincial government being unable to share amongst themselves information on children-at-risk.

Sharing information enables the development of appropriate treatment plans and the provision of ongoing services responsive to the needs of children.

Hence in order to improve coordination of services provided to children-at-risk, amendments were introduced to the *Family Services Act* so that where parental consent cannot be obtained, any person authorized by the Minister; who produces identification and reveals the purpose of the request and who is either providing community services to children and/or their families shall be able to obtain from any employee of the provincial government or Region Hospital Corporation, any information including records they may have in their possession regarding a child, a child's parents, siblings or any other significant person in a child's life that is related to the health, safety or development of the child.

Further amendments were introduced that clearly provide that when there is a conflict between risk to the child and preservation of the family unit that the best interest and safety of the child must prevail.

Cadre législatif

Le ministère de la Santé et des Services communautaires assume la responsabilité de 23 lois de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick :

*Loi sur les services de réanimation d'urgence
Loi sur les services d'ambulance
Loi sur l'anatomie
Loi sur les compagnies de cimetière
Loi sur le changement de nom
Loi sur les services à la famille
Loi sur la santé
Loi hospitalière
Loi sur les services hospitaliers
Loi sur les tissus humains
Loi sur l'adoption internationale
Loi sur le Foyer Jordan Memorial
Loi sur le mariage
Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux
Loi sur le paiement des services médicaux
Loi sur la santé mentale
Loi sur les foyers de soins
Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance
Loi sur la protection radiologique de la santé
Loi sur les ventes de tabac
Loi sur le traitement des personnes en état d'ivresse
Loi sur les maladies vénériennes
Loi sur les statistiques de l'état civil*

Automne 1998 - printemps 1999

Loi modifiant la Loi sur les services à la famille

Une des causes majeures de la mortalité infantile au Nouveau-Brunswick est le manque de coordination des services. Divers problèmes sont à l'origine de cette fragmentation, notamment l'inhabitabilité des professionnels de la santé à partager des renseignements confidentiels.

Vu les dispositions très restrictives en matière de confidentialité que contiennent les divers règlements publics, les employés du gouvernement provincial n'ont pu s'échanger de l'information sur les enfants à risque.

Le partage de l'information permet l'élaboration de plans de traitements adéquats, et la prestation de services conformes aux besoins des enfants.

Par conséquent, afin d'améliorer la coordination des services dispensés aux enfants à risque, des modifications ont été apportées à la *Loi sur les services à la famille* stipulant que si on ne peut obtenir le consentement parental, toute personne autorisée par le ministre qui produit des pièces d'identité, qui révèle l'objet de la requête et qui procure des services communautaires soit à l'enfant, soit à sa famille pourra obtenir de tout employé du gouvernement provincial ou d'une corporation hospitalière régionale tous renseignements concernant la santé, la sécurité ou le développement de l'enfant, y compris tout dossier pouvant être en sa possession, au sujet d'un enfant, des parents d'un enfant, de ses frères ou sœurs ou de toute autre personne jouant un rôle significatif dans la vie de l'enfant.

D'autres modifications stipulent qu'en l'absence d'accord entre le risque que court l'enfant et la préservation de la cellule familiale, l'intérêt et la sécurité de l'enfant doivent prévaloir.

An Act to Authorize the Conveyance of Land from the Canadian Red Cross Society/La Société Canadienne de la Croix-Rouge to the Canadian Blood Services/Société Canadienne du Sang

This amendment ensured the appropriate conveyance of property located in Saint John from the Canadian Red Cross Society to the Canadian Blood Services.

An Act to Amend the Tobacco Sales Act

These amendments make it an offence to have a kiosk that permits direct access to a pharmacist whether in person or by telephone and from which prescription drugs or other medicines are sold or dispensed in a retail store where tobacco products are sold.

The amendments also prohibit any person from displaying or permitting the display of tobacco in retail stores by means of countertop displays.

An Act to Amend the Family Services Act

Administrative amendments were made to the Act which (a) enables a prosecution to commence at any time within six years after an offence is committed under subsection 30(3) of the *Family Services Act*, and (b) requires that the leave of the Court be obtained before an action is commenced against a person who gives a report under section 30 of the *Family Services Act* or provides information to the Minister under section 35.1 of the *Family Services Act*.

An Act to Amend the Marriage Act

An amendment was made to the Act which authorizes the Registrar General of Vital Statistics to recognize a church or religious denomination that is either provincially or federally incorporated.

Loi autorisant le transfert de terrains de La Société Canadienne de la Croix Rouge / The Canadian Red Cross Society à la Société Canadienne du Sang / The Canadian Blood Services

Cette modification pourvoit au transfert de terrains situés à Saint-Jean de La Société Canadienne de la Croix-Rouge à la Société Canadienne du Sang.

Loi modifiant la Loi sur les ventes de tabac

Ces modifications stipulent qu'un comptoir qui permet un accès direct à un pharmacien, que ce soit en personne ou par téléphone et à partir duquel des médicaments sur ordonnance ou autres produits médicamenteux sont vendus ou dispensés dans un magasin de vente au détail où des produits du tabac sont vendus constitue une infraction.

Ces modifications stipulent également que nul ne doit exposer ou ne permettre que soit exposé du tabac dans un magasin de vente au détail au moyen d'un présentoir sur comptoir.

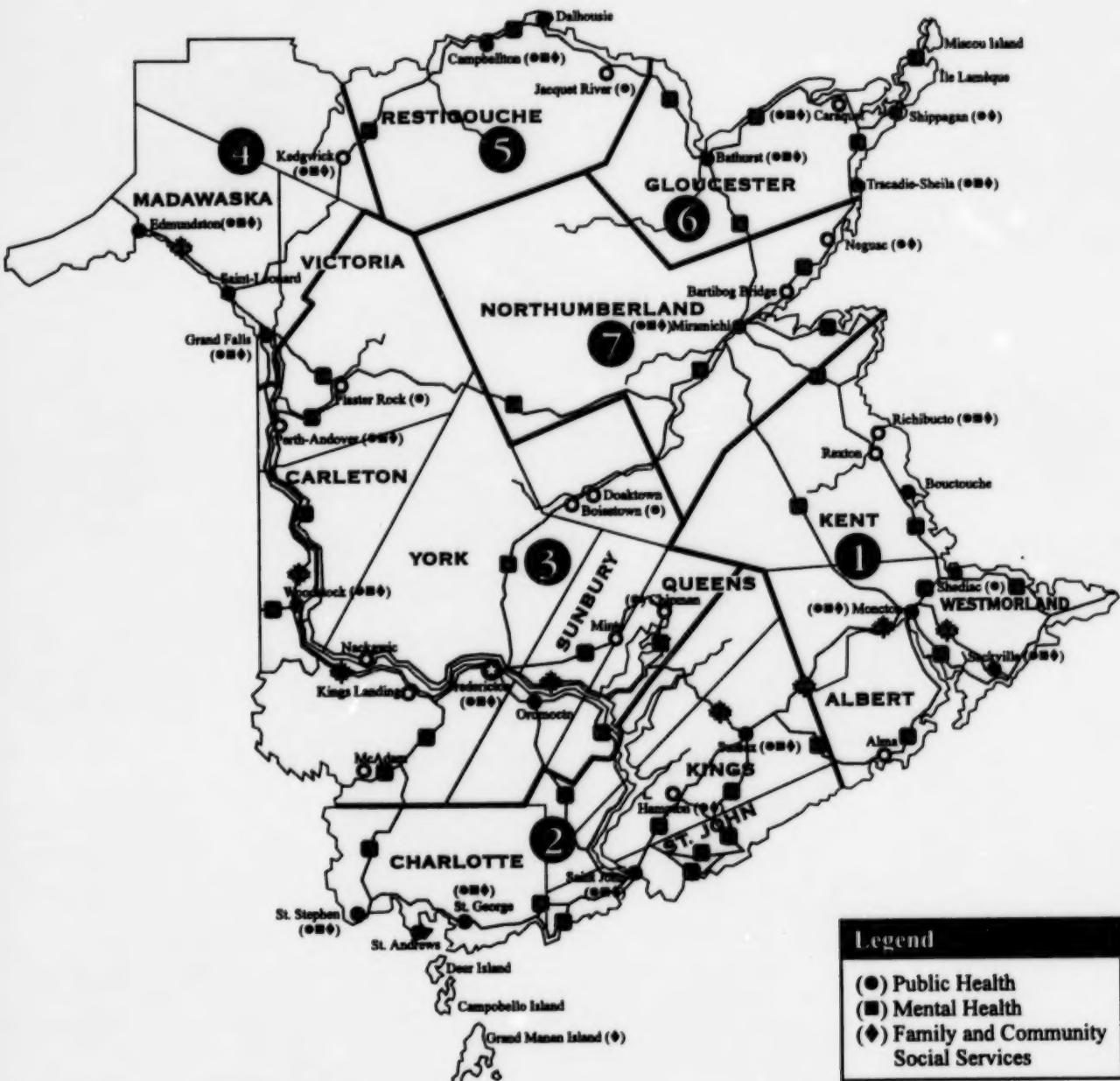
Loi modifiant la Loi sur les services à la famille

Des modifications administratives ont été apportées à la Loi a) permettant qu'une poursuite soit engagée à tout moment dans le délai de six ans qui suit la commission d'une infraction prévue au paragraphe 30(3) de la *Loi sur les services à la famille* et b) exigeant l'autorisation de la cour pour pouvoir intenter une action contre une personne qui fait un rapport en vertu de l'article 30 de la *Loi sur les services à la famille* ou qui fournit des renseignements au ministre en vertu de l'article 35.1 de la *Loi sur les services à la famille*.

Loi modifiant la Loi sur le mariage

Une modification a été apportée à la Loi qui autorise le registraire général des statistiques de l'état civil à reconnaître une église ou une confession religieuse lorsqu'elle est constituée en vertu des lois de la province ou du gouvernement fédéral.

Socio-Health Regions



Region 1 (i) Kent County;
 (ii) Albert County;
 (iii) Westmorland County.

Region 2 (i) Charlotte County;
 (ii) Saint John County;
 (iii) Kings County;
 (iv) Queens County, the parishes of Petersville, Hampstead, Wickham, Johnston and Brunswick.

Region 3 (i) Queens County, less the parishes of Petersville, Hampstead, Wickham, Johnston and Brunswick;
 (ii) Victoria County, less the parishes of Drummond and Grand Falls;
 (iii) Carleton County;
 (iv) York County;
 (v) Sunbury County;
 (vi) Northumberland County, the parishes of Ludlow and Blissfield.

Region 4 (i) Victoria County, the parishes of Grand Falls and Drummond;
 (ii) Madawaska County;

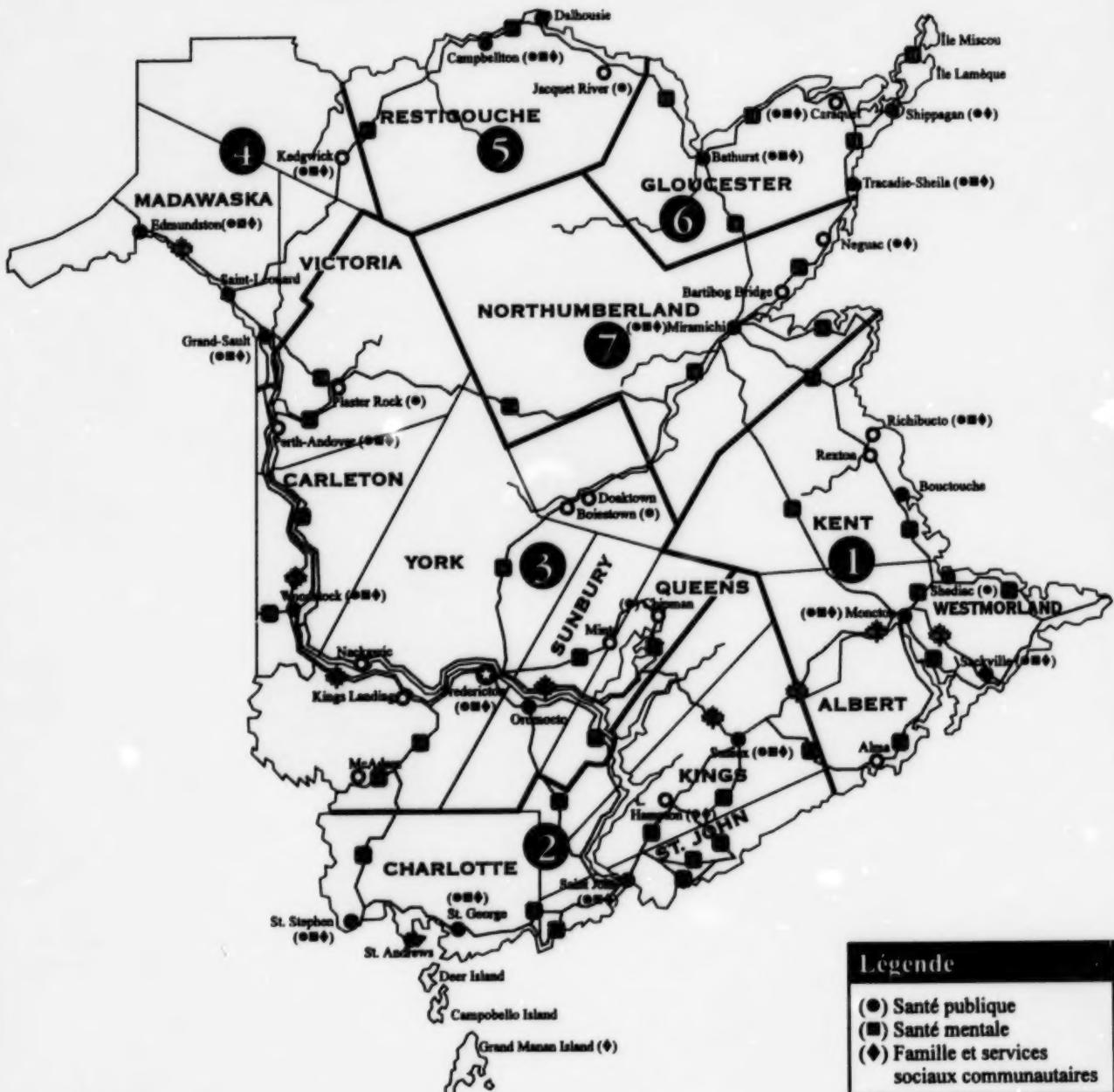
(iii) Restigouche County, the parishes of Grimmer and St.-Quentin.

Region 5 (i) Restigouche County, less the parishes of Grimmer and St.-Quentin.

Region 6 (i) Gloucester County.

Region 7 (i) Northumberland County, less the parishes of Ludlow and Blissfield.

Régions socio-sanitaires



Légende

- (●) Santé publique
- (■) Santé mentale
- (◆) Famille et services sociaux communautaires

Région 1 (i) Comté de Kent;
(ii) Comté d'Albert;
(iii) Comté de Westmorland.

Région 2 (i) Comté de Charlotte;
(ii) Comté de Saint John;
(iii) Comté de Kings;
(iv) Paroisses de Petersville,
d'Hampstead, de Wickham,
de Johnston et de Brunswick
dans le comté de Queens.

Région 3 (i) Comté de Queens sauf les
paroisses de Petersville,
d'Hampstead, de Wickham,
de Johnston et de
Brunswick;

(ii) Comté de Victoria sauf les
paroisses de Drummond et
de Grand-Sault;
(iii) Comté de Carleton;
(iv) Comté de York;
(v) Comté de Sunbury;
(vi) Paroisses de Ludlow et de
Blissfield dans le comté de
Northumberland.

Région 4 (i) Paroisses de Grand-Sault et
de Drummond dans le comté
de Victoria;
(ii) Comté de Madawaska;

(iii) Paroisses de Grimmer et de
Saint-Quentin dans le comté
de Restigouche.

Région 5 (i) Comté de Restigouche sauf
les paroisses de Grimmer et
de Saint-Quentin.

Région 6 (i) Comté de Gloucester.

Région 7 (i) Comté de Northumberland
sauf les paroisses de Ludlow
et de Blissfield.

PERFORMANCE INDICATORS

The mission of the Department of Health and Community Services is accomplished through three core business areas. They are:

- protection of those most at risk: to ensure services are available and priority consideration is given to New Brunswickers who are most at risk, and in need of protection;
- prevention/education/awareness: to ensure there are strategies in place to reduce, eliminate or control preventable conditions or situations; and,
- provision of care: to ensure the provision of health and community services which are appropriate to need.

Within these three core business areas, 12 performance indicators have been identified. They are:

INDICATOR 1

Life Expectancy at Birth - The mean number of years of life remaining after birth, assuming that observed mortality rates during a given period remain stable.

This indicator is a reflection of the level of mortality and is a useful overall measure of the population's health status. The life expectancy figures are presented in the form of a three-year rolling average in order to smooth out annual fluctuations.

TARGET

Attain a level of life expectancy that meets or exceeds the life expectancy for Canadians, by 2004-2006.

Source: Statistics Canada

INDICATEURS DE RENDEMENT

La mission du ministère de la Santé et des Services communautaires est réalisée au moyen de trois principaux secteurs d'activités, qui sont les suivants :

- protection des personnes les plus à risque : assurer des services aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui sont les plus vulnérables et qui ont besoin de protection, et s'occuper d'eux et d'elles sur une base prioritaire;
- prévention, éducation et sensibilisation : veiller à ce que des stratégies soient en place pour réduire, éliminer ou contrôler des états ou des situations évitables;
- prestation des soins : assurer la prestation de soins de santé et de services communautaires qui répondent aux besoins.

Des indicateurs de rendement, au nombre de 12, ont été établis pour ces trois principaux secteurs d'activités. Les voici :

INDICATEUR 1

Espérance de vie à la naissance : Le nombre moyen des années de vie restant à la naissance, en supposant que les taux de mortalité observés pendant une période donnée demeurent stables.

Cet indicateur reflète le niveau de mortalité et est une mesure générale valable de l'état de santé de la population. Les statistiques concernant l'espérance de vie sont présentées selon une moyenne mobile de trois ans afin d'harmoniser les fluctuations annuelles.

BUT VISÉ

Atteindre un niveau d'espérance de vie qui correspond ou dépasse celui des Canadiens d'ici l'an 2004-2006.

Source de renseignements : Statistique Canada.

Life Expectancy at Birth / Espérance de vie à la naissance

Time Period/ Période	N.B. Men/ Hommes du N.-B.	Canada Men/Hommes	N.B. Women/ Femmes du N.-B.	Canada Women/Femmes
1991 - 1993	74.5	74.8	81.1	81.1
1992 - 1994	74.6	74.9	81.0	81.2
1993 - 1995	74.6	75.1	81.1	81.2
1994 - 1996	74.7	75.4	81.1	81.2
1995 - 1997	74.8	75.6	81.3	81.3

INDICATOR 2

Infant mortality rate (deaths among children less than one year of age, per 1,000 live births).

The infant mortality rate provides an indication of the effectiveness of prevention programs targeted to mothers and infants, including Early Childhood Initiatives such as: enhanced prenatal screening and intervention to increase healthy pregnancy outcomes; and enhanced postnatal screening and intervention to foster healthy child growth and development. The infant mortality rate also provides an indication of the effectiveness of health care (health and social services) provided to infants in the first year of life.

TARGET

Decrease the average infant mortality rate for the period of 1995-1999 by 2 per 1,000, using the average infant mortality rate for 1990-1994 as the period of comparison. An average rate will be used in order to smooth out annual fluctuations in the rate, which may be due, in part, to the small number of live births in N.B. in a given year.

Source: New Brunswick Vital Statistics

INDICATEUR 2

Le taux de mortalité infantile (décès chez les enfants âgés de moins d'un an, par 1 000 naissances vivantes).

Le taux de mortalité infantile donne une indication de l'efficacité des programmes de prévention visant les mères et les bébés, y compris les Initiatives pour la petite enfance telles que les services de dépistage et d'intervention prénataux améliorés en vue d'augmenter le nombre de bébés naissants en santé, et les services de dépistage et d'intervention postnataux améliorés pour favoriser une croissance et un développement sains. Le taux de mortalité infantile donne aussi une indication de l'efficacité des soins de santé (services de santé et services sociaux) offerts aux nourrissons au cours de leur première année de vie.

BUT VISÉ

Diminuer de 2 par 1 000 le taux de mortalité infantile moyen pour la période de 1995-1999, en utilisant le taux de mortalité infantile moyen pour 1990-1994 comme élément de comparaison. Un taux moyen servira à harmoniser les fluctuations annuelles du taux qui peuvent être attribuables en partie au petit nombre de naissances vivantes au Nouveau-Brunswick dans une année donnée.

Source de renseignements : Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick

Infant mortality rate (deaths per 1,000 live births) / Taux de mortalité infantile (décès par 1 000 naissances vivantes)		
Year/Année	Actual/Réel	Target/But visé pour : 1995-1999
1990	7.4	
1991	6.6	
1992	6.5	
1993	7.1	
1994	5.5	4.6
1990-1994 Average/Moyenne	6.6	
1995	4.8	
1996	4.9	
1997	5.7	
1995-1997 Average/Moyenne	5.1	

INDICATOR 3

Low birth weight rate (live births where birth weight is less than 2,500 grams to the total number of live births). The low birth weight rate provides an indication of the effectiveness of prevention programs targeted to pregnant women, including Early Childhood Initiatives such as enhanced prenatal screening and intervention to increase healthy pregnancy outcomes.

TARGET

Decrease the average low birth weight rate for the period of 1995-1999 by 20%, using the average low birth weight rate for 1990-1994 as the period of comparison.

An average rate will be used in order to smooth out annual fluctuations in the rate, which may be due, in part, to the small number of live births in N.B. in a given year.

Source: New Brunswick Vital Statistics

INDICATEUR 3

Le taux de faible poids à la naissance (les naissances vivantes lorsque le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g par rapport au nombre total de naissances vivantes). Le taux de faible poids à la naissance donne une indication de l'efficacité des programmes de prévention visant les femmes enceintes, y compris les initiatives pour la petite enfance telles que les services de dépistage et d'intervention prénataux améliorés pour augmenter le nombre de bébés naissants en santé.

BUT VISÉ

Réduire de 20 % le taux moyen de faible poids à la naissance pour la période de 1995-1999, à l'aide du taux moyen de faible poids à la naissance pour 1990-1994 comme élément de comparaison.

Un taux moyen sera utilisé pour harmoniser les fluctuations annuelles du taux, qui peuvent être attribuables en partie au faible nombre de naissances vivantes au Nouveau-Brunswick dans une année donnée.

Source de renseignements : Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick

**Low birth weight as a % of live births/
Faible poids à la naissance en % des naissances vivantes**

Year/Année	Actual/Réel	Target/But visé pour : 1995-2000
1990	5.1	
1991	5.5	
1992	5.4	
1993	5.5	4.4
1994	5.9	
1990-1994 Average/Moyenne	5.5	
1995	4.8	
1996	5.1	
1997	5.3	
1995-1997 Average/Moyenne	5.1	

INDICATOR 4

Self-rated health status. A measure of the population's perceived or overall health status.

Self-rated health status is considered a good predictor of the presence of health problems, health care utilisation, and mortality. This indicator incorporates both physical and mental well-being according to the individual's values, and assesses, to a certain extent, positive health.

Definition of health is subjective and is influenced by cultural and other factors. Responses may be linked to acute temporary symptoms. Survey responses are sensitive to: the survey instrument; the order and nature of the questions included in the survey instrument; and the manner in which the survey is conducted (telephone interview, self-administered questionnaire, etc.).

This indicator may be viewed as broad and "unscientific", however it has been demonstrated to be as reliable a measure of health as using a more complex set of questions or measurements.

TARGET

By the year 2000, increase the percentage of New Brunswickers who rate their health as excellent to at least 25% and the percentage who rate their health as very good to at least 38%.

Source: Statistics Canada's National Population Health Survey (NPHS), 1994-1995, 1996-1997.

INDICATEUR 4

Auto-évaluation de l'état de santé : Mesure de l'état de santé général ou perçu de la population.

On considère l'auto-évaluation de l'état de santé comme un bon indice de la présence de problèmes de santé, du recours aux soins de santé et de la mortalité. Cet indicateur incorpore à la fois le mieux-être physique et mental en fonction des valeurs du sujet, et il évalue dans une certaine mesure la santé positive.

La définition de la santé est subjective; elle est influencée par des facteurs culturels et autres. Les réponses obtenues peuvent être reliées à des symptômes aigus ou temporaires. Les réponses de l'enquête sont sensibles : à l'instrument d'enquête, à l'ordre et à la nature des questions que comprend l'instrument d'enquête, ainsi qu'à la manière dont on réalise l'enquête (enquête téléphonique, questionnaire à remplir soi-même, etc.).

On peut considérer qu'il s'agit là d'un indicateur vague et «sans fondement scientifique». Il a toutefois été démontré qu'il constituait un mode d'évaluation de la santé aussi fiable que si l'on avait recours à une série de questions ou d'évaluations plus complexes.

BUT VISÉ

Accroître d'ici l'an 2000 le nombre de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises évaluant leur état de santé comme excellent à au moins 25% et le nombre de ceux et celles qui l'évaluent comme très bon à au moins 38%.

Source de renseignements : Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada (ENSP), 1994-1995, 1996-1997.

**Self-Rated Health Status/
Auto-évaluation de l'état de santé**

Rating/Évaluation	1994-1995		1996-1997	
	NB/N.-B.	Canada	NB/N.-B.	Canada
Excellent/	21%	25%	21%	25%
Very Good/ Très bon	36%	38%	37%	38%
Good/ Bon	30%	27%	31%	27%
Fair/ Passable	10%	8%	9%	8%
Poor/ Médiocre	3%	2%	2%	2%

INDICATOR 5

Percentage of child protection cases where the goals of the service plans have been met within two years. This indicator reflects the number of child protection cases where the child/children have been appropriately protected, either within or outside of the natural family.

The department uses a Risk Management approach in providing child protection services. This approach requires that a focused, results-oriented case plan, complete with goals and objectives, be developed for each case. Key decisions in both providing or ending service are made by a team made up of the social worker assigned to the case, the supervisor and a senior social worker. Service is not discontinued until the goals of the plan have been reached and the child's security and development have been restored. In the majority of cases, this occurs within two years of the case having been opened.

By definition, a "case" refers to the family unit. Where there is more than one child in the family, objectives are developed for each child and the case is not closed until all objectives in the case have been met.

TARGET

By the fiscal year 1999-2000, increase to 80% the percentage of child protection cases where the goals of the service plans have been met within two years.

Source: DHCS, RPSS data base.

INDICATEUR 5

Pourcentage de dossiers de protection où les buts des plans d'intervention sont atteints en moins de deux ans. Cet indicateur révèle le nombre de cas de protection de l'enfance où l'enfant ou les enfants ont bénéficié d'une protection adéquate, à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille naturelle.

Le ministère fait appel à un mode de gestion des risques pour la prestation des services de protection de l'enfance. Il s'agit de dresser un plan de travail défini axé sur les résultats, comportant l'établissement de buts et d'objectifs dans chaque cas. Les décisions importantes pour ce qui est d'offrir ou de mettre fin aux services reviennent à l'équipe composée du travailleur social assigné au dossier, du surveillant et d'un travailleur social comptant beaucoup d'années d'expérience. L'intervention n'est pas interrompue tant que les buts du plan ne sont pas atteints et que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont pas de nouveau assurés. Dans la majorité des cas, cela se produit dans les deux ans suivant l'ouverture du dossier.

Par définition, « dossier » désigne la cellule familiale. Lorsqu'il y a plus d'un enfant dans la famille, des objectifs sont fixés pour chaque enfant et le dossier n'est pas fermé tant que tous les objectifs ne sont pas atteints.

BUT VISÉ

Accroître à 80 %, d'ici l'année financière 1999-2000, le pourcentage de dossiers de protection de l'enfance où les buts des plans d'intervention sont atteints en moins de deux ans.

Source de renseignements : Base de données, MSSC, RPSS.

Percentage of child protection cases where the service plan goals have been met within two years of opening the case/ Pourcentage de dossiers de protection de l'enfance où les buts du plan d'intervention sont atteints dans les deux ans suivant leur ouverture

Year/Année	Actual/Réel	Target/But visé pour : 1999-2000
1993-1994	79.0%	80%
1994-1995	77.5%	
1995-1996	78.1%	
1996-1997	74.9%	
1997-1998	74.4%	
1998-1999	74.5%	

Note: Since 1993-1994, the percentage of child protection cases where the goals of the service plans were met within two years has declined gradually and appears to have stabilized at approximately 75%. Reasons for this decline and lack of progress towards the 80% target rate include both a higher proportion of complex cases requiring longer term interventions and an overall increase in the workload of child protection workers. A comprehensive child welfare redesign project was initiated in 1998 to research and address deficiencies in the province's child welfare system.

Remarques : Depuis 1993-1994, le pourcentage de dossiers de protection de l'enfance où les buts des plans d'intervention sont atteints en moins de deux ans diminue graduellement et semble se stabiliser à environ 75 %. Les raisons de cette diminution et de ce manque de progrès vers le but visé de 80 % sont à la fois la proportion plus élevée de dossiers complexes exigeant des interventions de plus longue durée et un accroissement général de la charge de travail des travailleurs sociaux affectés à la protection de l'enfance. En 1998 fut amorcé un projet de refonte globale du système de bien-être de l'enfance de la province afin d'en déceler les failles et de les combler.

INDICATOR 6:

Incidence of communicable disease. The number of new cases of certain vaccine-preventable diseases, sexually transmitted diseases (STDs), and food and waterborne diseases reported in a given time period in New Brunswick, as a proportion of the total population.

Immunization programs, sexual health centres that provide counseling and outreach and education services to teens and single adults age 20-24, and control of environmental factors as they relate to water and food, are important strategies in preventing the spread of communicable disease, and reducing health risks of the population with respect to these diseases.

When interpreting variations in incidence figures, one should consider factors such as new sources of reporting, improved diagnoses and testing, and changes in the case definition of the disease. Also, the specific nature of the disease should be taken into consideration (e.g. length of time that the disease may be asymptomatic, etc.). Incidence rates are presented in the form of a three year rolling average in order to smooth out annual fluctuations.

TARGET: See next page.

Source: New Brunswick Provincial Epidemiology Service

INDICATEUR 6

Fréquence des maladies transmissibles : Proportion de nouveaux cas de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin, de maladies transmises sexuellement (MTS) et de maladies d'origine alimentaire et hydrique déclarés au cours d'une période donnée au Nouveau-Brunswick par rapport à la population totale.

Les programmes de vaccination, les centres de santé sexuelle qui dispensent des services de counseling, d'extension et d'éducation aux adolescents et aux adultes célibataires de 20 à 24 ans, et la surveillance des facteurs environnementaux qui affectent l'eau et la nourriture constituent des stratégies de première importance pour prévenir la propagation des maladies transmissibles et réduire les risques que ces maladies présentent pour la santé de la population.

Il faut, quand on interprète les écarts relevés dans les chiffres relatifs à la fréquence des maladies transmissibles, tenir compte des facteurs comme les nouvelles sources de déclaration, l'amélioration des diagnostics et des épreuves, ainsi que les changements apportés à la définition des cas de maladie. Il faut en plus prendre en considération la nature particulière de la maladie (p. ex. la période pendant laquelle la maladie peut demeurer asymptomatique). Les taux relatifs à la fréquence sont présentés selon une moyenne mobile de trois ans afin d'harmoniser les fluctuations annuelles.

BUT VISÉ: Voir page suivante.

Source de renseignements : Service provincial d'épidémiologie du Nouveau-Brunswick.

**Incidence of communicable disease per 100,000 population/
Fréquence des maladies transmissibles pour 100 000 habitants**

Disease/Maladie	Three Year Average Incidence/ Fréquence moyenne de trois ans				Target - 2000/ Fréquence visée en l'an 2000	
	1993-1995	1994-1996	1995-1997	1996-1998		
Vaccine-preventable / Maladies pouvant être prévenues par un vaccin :						
Measles / Rougeole	0.1	0.1	0.3	0.3	0	
Mumps / Oreillons	0.2	0.4	0.4	0.4	0.1	
Pertussis / Coqueluche	27.9	29.9	29.6	20.5	20.0	
Rubella / Rubéole	3.8	0.2	0.3	0.3	2.0	
Hepatitis B / Hépatite B	7.2	6.3	6.2	5.6	4.0	
Sexually transmitted / Maladies transmises sexuellement :						
Chlamydia / Chlamydia	123.6	113.3	108.7	119.8	112.0	
Gonococcal infections/Gonococcies	1.6	3.2	4.7	5.0	1.2	
Syphilis	2.4	2.3	1.9	1.5	2.1	
HIV / VIH	3.2	3.1	2.1	2.1	2.9	
Food and waterborne / Maladies d'origine alimentaire et hydrique :						
Verotoxigenic E.coli /						
Infection à E. coli producteur de vérotoxine	2.7	2.4	2.8	4.1	1.0	
Salmonella/Salmonellose	22.3	21.3	19.6	19.7	20.0	
Some numbers may differ from last year's annual report due to changes in population estimates./ Certains chiffres peuvent varier par rapport au rapport annuel de l'an dernier en raison de changements dans les prévisions démographiques.						
<i>Note: The increase noted in Chlamydia and Gonococcal infections during the 1996-1998 period occurred primarily in one region of the province where a new screening test was introduced in 1996. Thus, it appears that the increased rates may be due to the use of more sensitive testing techniques. The increase in E. coli infections during the 1996-1998 period was due specifically to outbreaks in two regions of the province between May and September 1998. As a result of these outbreaks, 51 cases of E. coli were reported in 1998 compared to an average of 20 cases in each of the previous three years. No causative sources were determined in the 1998 outbreaks. In recent years, there appears to have been an increase in E. coli cases in several areas of Canada and the USA./</i>						
<i>Remarque : C'est surtout dans une région de la province où un nouveau test de dépistage a été introduit en 1996 qui a connu un accroissement de chlamydia et de gonococcies au cours de la période de 1996-1998. Il se peut donc que cet accroissement soit attribuable à des techniques de test plus sensitives. La hausse des infections à E. coli au cours de la période de 1996-1998 est directement attribuable à des flambées dans deux régions de la province entre mai et septembre 1998. En raison de ces flambées, 51 cas de E. Coli ont été signalés en 1998 par rapport à une moyenne annuelle de 20 cas au cours des trois années précédentes. Aucune cause immédiate n'a été déterminée lors des flambées de 1998. Au cours des dernières années, il semble que les cas de E. coli ont augmenté dans plusieurs régions du Canada et des États-Unis.</i>						

INDICATOR 7

Teenage (ages 15-19) birth rate. Ratio of annual number of live births to teenage mothers to the total female teenage population, for a given period.

This rate is an indicator of the number of teenagers likely to experience difficult living conditions. Teenage parenthood exposes both the mother and child to a number of physical (e.g. premature and low weight babies), psychological (stress, under stimulation, etc.), and social (e.g. poor education and poverty) risks which may have long term effects on their health and well-being.

This data is presented in the form of a three year rolling average in order to smooth out annual fluctuations.

TARGET

For the period 1998-2000, decrease the average teenage birth rate for New Brunswick to the target rate of 29.5 per 1,000 population.

Source: New Brunswick Vital Statistics

INDICATEUR 7

Taux de naissance chez les adolescentes (15 à 19 ans) : Rapport entre le nombre annuel moyen de naissances vivantes chez les mères adolescentes et le nombre total d'adolescentes pour une période donnée.

Ce taux constitue un indicateur du nombre d'adolescents susceptibles de connaître des conditions de vie difficiles. La condition de parent à l'adolescence expose la mère et l'enfant à un certain nombre de dangers physiques (p. ex. bébés prématurés ou de faible poids à la naissance), psychologiques (stress, stimulation insuffisante, etc.) et sociaux (p. ex. faible scolarité et pauvreté) qui peuvent avoir des effets de longue durée sur leur santé et leur mieux-être.

Ces données sont présentées selon une moyenne mobile de trois ans afin d'harmoniser les fluctuations annuelles.

BUT VISÉ

Pour la période de 1998 à 2000, une réduction du taux moyen de naissance chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick à un taux cible de 29,5 par 1 000 adolescentes.

Source de renseignements : Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick.

**Teenage Birth Rate per 1,000 Population /
Taux de naissance chez les adolescentes par 1 000 adolescentes**

Period/Période	Three Year Average/Moyenne de trois ans	Target/But visé: 1998-2000
1990-1992	32.3	
1991-1993	32.4	
1992-1994	33.1	29.5
1993-1995	32.5	
1994-1996	30.9	
1995-1997	28.4	

INDICATOR 8

Average annual age-standardized mortality rate (ASMR) for leading causes of death. The average annual number of deaths from a specific cause in a given period, divided by the total population. This rate is adjusted on the basis of the age structure of a reference population. (Also applies to Prevention/Education/Awareness).

This indicator allows comparisons of death rates by specific causes between populations as if the populations had the same age structure. It is considered an excellent indicator of health status, and is useful in identifying priority health problems and the need for health care in a given population.

The indicator is dependent on the accuracy of the classification of deaths by cause. For populations that have a large elderly component, the ASMR may conceal the true burden of death due to aging-related causes. The data is presented in the form of a three year rolling average in order to smooth out annual fluctuations.

TARGET: See next page.

Source: Health Statistics Division, Statistics Canada; there is approximately an 18 month delay between year-end and the release of information (e.g. 1998 data is expected in July 2000).

INDICATEUR 8

Taux comparatif de mortalité (TCM) annuel moyen lié aux principales causes de décès : Nombre annuel moyen de décès attribuables à une cause particulière au cours d'une période donnée par rapport à la population totale. Ce taux est rajusté en fonction de la structure d'âge d'une population de référence. (S'applique également à la prévention, l'éducation et la sensibilisation.)

Cet indicateur permet des comparaisons des taux de mortalité liés à des causes précises entre les populations comme si les populations avaient la même structure d'âge. On le considère comme un excellent indicateur de l'état de santé; il est utile pour déceler les problèmes de santé prioritaires et les besoins de soins de santé au sein d'une population donnée.

La précision de l'indicateur est subordonnée à l'exactitude de la classification des décès selon leur cause. Lorsqu'une population compte un grand nombre d'âgés, le TCM peut dissimuler le nombre véritable de décès dus à des causes liées au vieillissement. Les données sont présentées selon une moyenne mobile de trois ans afin d'harmoniser les fluctuations annuelles.

BUT VISÉ : Voir page suivante.

Source de renseignements : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada; il y a un délai d'environ dix-huit mois entre la fin de l'année et la diffusion des renseignements (p. ex. les données de 1998 devraient paraître en juillet 2000).

**Age-standardized mortality rate per 100,000 population for leading causes of death/
Taux comparatif de mortalité lié aux principales causes de décès par 100 000 habitants**

Year/Année	Diseases of the circulatory system/ Maladies du système circulatoire		All malignant neoplasms (cancers)*/ Toutes les tumeurs malignes (cancers)*		Motor Vehicle Accidents**/ Accidents de véhicules à moteur**		Suicide/ Suicides	
	M/H	F	M/H	F	M/H	F	M/H	F
1991-1993	363	213	255	155	20.4	9.6	22.5	3.3
1992-1994	358	214	251	158	18.9	9.0	23.2	3.4
1993-1995	358	208	255	157	17.9	8.1	25.6	3.7
1994-1996	346	204	254	156	16.1	6.3	24.0	3.6
1995-1997	337	201	257	153	17.2	7.8	23.4	3.0
Target/But visé: 1996-2000	329	195	249	152	14.4	6.0	21.0	3.3

* Regarding Malignant Neoplasms, where there is trend in the data as presented is not clear. Among males, in two of the reporting periods, 1992-94 and 1994-96, there is a decline over the previous reporting period. As well, in two other reporting periods, 1993-95 and 1995-97, there is an increase over the previous reporting trend. A longer time frame would be required to see if there is a genuine trend. If one consults **Canadian Cancer Statistics 1999**, it is reported that cancer mortality rates for all cancers combined among men have declined steadily since 1988. Most gains in mortality rates are attributed to improvements in early detection.

Among females, there is a declining trend over the period 1991-1997 in the data as presented. Again, if one consults **Canadian Cancer Statistics 1999**, this trend is confirmed, when lung cancer is excluded. It is reported in **Canadian Cancer Statistics 1999** that when lung cancer is excluded, mortality rates among women have declined 15% since 1971. When lung cancer alone is examined, it is seen that mortality rates have been increasing sharply since 1969. For breast cancer, mortality rates have declined since 1990. This is attributed to improvements in early detection and treatment. For all cancers combined, mortality rates have remained relatively stable among women.

** Regarding the Motor Vehicle Accident Rate, the trend is encouraging as it is showing a steady decline for the period 1991 to 1997. Among males, the rate has gone from 20.4/100,000 to 17.2/100,000. Among females, the rate has gone from 9.6/100,000 to 7.8/100,000. This falls somewhat short of the stated objective of 14.4/100,000 in males and 6.0/100,000 in females. However, the downward trend is a positive indicator. This trend may be accounted for in part by such factors as fewer alcohol related accidents and the construction of divided highways in New Brunswick.

* En ce qui a trait aux tumeurs malignes, la tendance des données présentées n'est pas évidente. Parmi les hommes, au cours de deux des périodes visées par le rapport, soit 1992-1994 et 1994-1996, il y a un déclin comparativement à la période visée précédente. Par ailleurs, dans deux autres périodes visées, soit 1993-1995 et 1995-1997, il y a une augmentation comparativement à la tendance de la période visée précédente. Il faudrait une plus longue durée pour pouvoir constater une tendance réelle. En consultant les *Statistiques canadiennes sur le cancer de 1999*, on constate que les taux de mortalité liés à toutes les formes de cancer combinées chez les hommes ont diminué graduellement depuis 1988. La plupart des gains au titre des taux de mortalité sont attribuables à l'amélioration des méthodes de détection anticipée.

Parmi les femmes, les données présentées indiquent une tendance au déclin au cours de la période de 1991-1997. Là également, en consultant les *Statistiques canadiennes sur le cancer de 1999*, on constate la confirmation de cette tendance lorsqu'on en exclut le cancer du poumon. En effet, compte tenu de cette exclusion, ces statistiques révèlent que les taux de mortalité chez les femmes ont diminué de 15% depuis 1971. Quand on examine que le cancer du poumon, on constate que les taux de mortalité augmentent de façon marquée depuis 1969. Par contre, les taux de mortalité liés au cancer du sein diminuent depuis 1990, grâce à l'amélioration des méthodes de détection anticipée et de traitement. Pour tous les cancers combinés, les taux de mortalité sont demeurés relativement stables chez les femmes.

** En ce qui a trait aux taux des accidents de véhicules à moteur, la tendance est encourageante et indique un déclin régulier pour la période de 1991 à 1997. Parmi les hommes, le taux est passé de 20.4/100 000 à 17.2/100 000 et parmi les femmes, de 9.6/100 000 à 7.8/100 000. Quoique ces taux n'atteignent pas encore les buts visés de 14.4/100 000 chez les hommes et 6.0/100 000 chez les femmes, cette tendance à la baisse constitue un indicateur positif. Cette tendance est sans doute attribuable en partie à des facteurs tels que la diminution des accidents causés par la conduite en état d'ivresse et la construction de routes à chaussées séparées au Nouveau-Brunswick.

INDICATOR 9

Mortality rate for breast cancer in women aged 50-69.
 Ratio of the average annual number of deaths from breast cancer in women aged 50-69 during a given period to the total population of women aged 50-69 at mid-period.

Organised breast cancer screening for asymptomatic women aged 50-69 was recently introduced in New Brunswick. The long term objective of N.B. Breast Cancer Screening Services is to decrease mortality from breast cancer in women aged 50-69 by 30% within 15 years of implementation.

For populations under 500,000, figures should be aggregated over several years and age-specific mortality rates calculated for age groups representing 10 to 15 years. Indicator is dependent on the accuracy of the classification of deaths by cause.

TARGET: Decrease the mortality rate for breast cancer in women aged 50-69 to 56.5/100,000 population by the year 2010.

Source: New Brunswick Provincial Epidemiology Service

INDICATEUR 9

Taux de mortalité du cancer du sein parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans : Nombre annuel moyen de décès dus au cancer du sein parmi les femmes de 50 à 69 ans au cours d'une période donnée par rapport au nombre total de femmes âgées de 50 à 69 ans au milieu de la période visée.

On a récemment instauré au Nouveau-Brunswick un service organisé de dépistage du cancer du sein à l'intention des femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans. Les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick ont comme objectif à long terme de réduire de 30 % la mortalité due au cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans dans les 15 ans suivant leur mise en place.

Dans le cas des populations de moins de 500 000 femmes, il faut regrouper les chiffres de plusieurs années et calculer les taux de mortalité par âge au moyen de groupes représentant 10 à 15 années. La précision de l'indicateur dépend de l'exactitude de la classification des décès selon leur cause.

BUT VISÉ : Réduire le taux de mortalité du cancer du sein parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans à 56,5 par 100 000 femmes d'ici l'an 2010.

Source de renseignements : Service provincial d'épidémiologie du Nouveau-Brunswick.

Mortality rate for breast cancer in women aged 50-69, per 100,000 population/

Taux de mortalité du cancer du sein parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans pour 100 000 femmes

Time Period/Période	Actual/Réel	Target/But visé pour : 2008-2010
1990-1992	69.8	
1991-1993	67.5	
1992-1994	64.7	56.5
1993-1995	64.9	
1994-1996	69.7	
1995-1997	66.3	

INDICATOR 10

Patient days of hospitalisation in psychiatric hospitals and psychiatric units, and referrals to Community Mental Health Centres (CMHCs). The annual number of patient days in psychiatric hospitals and in psychiatric units, divided by the total population. The referrals made to CMHCs during the same period, divided by the total population.

Mental health services can be viewed as a continuum of service options, including non-restrictive community-based services, hospital psychiatric units, and psychiatric hospitals. With the shift to community services, it is expected that patient days of hospitalization in psychiatric hospitals and in psychiatric units would decrease, and that more demand would be put on CMHCs to provide alternative service response.

TARGET: By the fiscal year 2000-2001, decrease the rate of patient days of hospitalization in psychiatric hospitals and in psychiatric units to 151.1 per 1,000 population.

Source: Regional Hospital Corporations; Centracare; Centre Hospitalier Restigouche; and Client information system of the Mental Health Services Division of the DHCS.

INDICATEUR 10

Jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques, et aiguillages vers les centres de santé mentale communautaires (CSMC) : Nombre annuel de jours-patients dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques divisé par la population totale. Aiguillages réalisés par les CSMC pendant la même période par rapport à la population totale.

On peut considérer les services de santé mentale comme un continuum de services offerts, notamment les services communautaires sans caractère restrictif, les unités psychiatriques des hôpitaux, et les hôpitaux psychiatriques. Avec le virage vers les services communautaires, les jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et dans les unités psychiatriques devraient diminuer, et la demande à l'endroit des services dispensés par les CSMC devrait s'intensifier.

BUT VISÉ : Réduire, d'ici l'année financière 2000-2001, le taux de jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les unités psychiatriques à 151,1 par 1 000 habitants.

Source de renseignements : Corporations hospitalières régionales, Centracare, Centre hospitalier Restigouche et Système d'information sur les usagers de la Division des services de santé mentale du MSSC.

Year/Année	Number of patient days of hospitalization in psychiatric hospitals and in psychiatric units, per 1,000 population/ Jours-patients d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les unités psychiatriques par 1 000 habitants	Number of referrals to CMHCs, per 1,000 Population/*/ Nombre d'aiguillages vers les CSMC par 1 000 habitants*
1993-1994	307.5	15.3
1994-1995	275.6	17.1
1995-1996	226.7	17.5
1996-1997	205.9	15.9
1997-1998	185.5	17.6
1998-1999	162.6	17.9
Target/But visé 2000-2001	151.11	

* A decrease in patient days may not necessarily result in an increase in the number of individuals served by the CMHC, but may rather indicate an increase in the intensity of interventions required./* Une diminution de jours-patients ne résulte pas nécessairement en une augmentation du nombre de personnes desservies par les CSMC, mais parfois plutôt en une augmentation de l'intensité des interventions requises.

INDICATOR 11

The percentage of clients 65 years or less who receive Long Term Care (LTC) Services at home.

The number of LTC clients under the age of 65 who are receiving in-home support services as a percentage of the total number of FCSS LTC clients 65 years or less. Note that the total is composed of those clients receiving in-home support services and those clients who are placed in FCSS residential facilities.

The Long Term Care Strategy is meant to enhance and support the informal network, not replace it, with the primary goal being to keep people in their own homes or in alternate family living situations wherever feasible. The strategy has recently been enhanced to include clients under 65 years.

TARGET: By the fiscal year 2000-01, increase to 45% the percentage of long term clients, 65 years and less, who receive services at home.

Source: Family and Community Social Services (FCSS) information systems.

INDICATEUR 11

Pourcentage de clients de 65 ans ou moins recevant des services de longue durée (SLD) à domicile.

Le nombre de clients SLD âgés de moins de 65 ans recevant des services de soutien à domicile en tant que pourcentage du nombre total de clients SLD de la FSSC de 65 ans ou moins. À noter que le total est composé des clients recevant des services de soutien à domicile et des clients qui sont placés dans des établissements résidentiels de la FSSC.

La stratégie des soins de longue durée a pour but d'améliorer et d'appuyer le réseau naturel, non de le remplacer, le principal objectif étant de garder les gens dans leur propre domicile ou dans des situations d'hébergement en famille de remplacement si possible. La stratégie a été modifiée récemment de manière à inclure les clients de moins de 65 ans.

BUT VISÉ : Augmenter, d'ici l'année financière 2000-2001, à 45% le pourcentage de clients SLD de 65 ans et moins recevant des services à domicile.

Source de renseignements : Systèmes d'information de Famille et services sociaux communautaires (FSSC).

% Receiving Services at Home / % recevant des services à domicile		
Period/Période	Annual %/% Annuel	Target/But visé : 1998-99 to/à 2000-01
1994-1995	40.1%	
1995-1996	40.6%	
1996-1997	39.8%	45%
1997-1998	45.9%	
1998-1999	45.7%	

INDICATOR 12

The number of mental health residential treatment placements of children/youth outside the Province in a given year.

The department intends to provide residential treatment services for children/youth within the Province of New Brunswick. There will be minimal out-of-province placements for mental health treatment services, and these will only occur in exceptional circumstances. This stems from a policy framework which calls for the development of a balanced network of institutional and community-based services, and the plan for regional integration of psychiatric services to children and adolescents.

There are limitations to measuring the goal. The Client Information System does not at this time separate out children/youth requiring residential mental health treatment services. With the new Client Service Delivery System, this information will become available.

TARGET: Children/youth will be placed out-of-province for mental health residential treatment services only in exceptional cases.

Source: Client Service Delivery System (CSDS)

INDICATEUR 12

Nombre de placements pour services de traitement résidentiels de santé mentale des enfants ou des jeunes à l'extérieur de la province dans une année donnée.

Le ministère entend fournir aux enfants et aux jeunes des services de traitement résidentiels à l'intérieur du Nouveau-Brunswick. Les placements pour services de traitement de santé mentale à l'extérieur de la province seront tenus au strict minimum et réservés à des circonstances exceptionnelles. Cette décision émane d'un cadre politique visant à mettre en place un réseau équilibré de services communautaires en établissements ainsi qu'un plan d'intégration régionale des services psychiatriques dispensés aux enfants et aux adolescents.

La mesure de l'objectif comporte certaines restrictions. À l'heure actuelle, le Système d'information sur les usagers ne délimite pas les enfants ou les jeunes nécessitant des services de traitement résidentiels de santé mentale. Mais grâce au nouveau Système de prestation de services aux clients, cette information deviendra accessible.

BUT VISÉ: Les enfants ou les jeunes ne feront l'objet de placements pour services de traitement résidentiels de santé mentale à l'extérieur de la province que dans des circonstances exceptionnelles.

Source de renseignements : Système de prestation de services aux clients (SPSC).

Out-of-province residential treatment placements/ Placements pour services de traitement résidentiels à l'extérieur de la province	
Period / Période	Placements
1990-1991	8
1991-1992	9
1992-1993	9
1993-1994	12
1994-1995	7
1995-1996	0
1996-1997	1
1997-1998	2
1998-1999	2